Health Canada Santé Canada

Addressing the Needs of

Developmentally Delayed Sex Offenders

A Guide

Canada

100-05208/

Addressing the Needs of

Developmentally Delayed Sex Offenders

A Guide

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their Health.

Health Canada

Addressing the Needs of Developmentally Delayed Sex Offenders – A Guide was prepared by ***Judy Tudiver, Shirley Broekstra, Sheena Josselyn*** and ***Howard Barbaree*** for the Family Violence Prevention Unit, Health Canada.

Également en français sous le titre ***Comment répondre aux besoins des délinquants sexuels ayant un retard de développement – Un guide***

The opinions expressed in this report are those of the authors and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgements, is encouraged.

This publication can be made available in alternate formats upon request.

For further information on family violence issues, please contact:

National Clearinghouse on Family Violence
Health Canada
Health Promotion and Programs Branch
Health Issues Division
Address Locator: 1907D1
7th Floor, Jeanne Mance Bldg., Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario K1A 1B4 Canada
Telephone: 1-800-267-1291 or (613) 957-2938
Fax: (613) 941-8930
FaxLink: 1-888-267-1233 or (613) 941-7285
TTY users: 1-800-561-5643 or (613) 952-6396
Internet Homepage: http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn

©Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2000
Cat. H72-21/155-1998E
ISBN 0-662-26599-8

Contents

	Page
Authors	*ii*
Preface	*1*
Introduction	*2*
Definition of Terms	*3*
Myths and Stereotypes Related to the Sexuality of Individuals with Developmental Delay	*4*
Problematic Sexual Behaviour	*6*
Literature Review	*8*
Survey Results	*10*
Clinical Practice Guidelines	*16*
Criminal Justice Issues	*22*
Conclusions	*34*
Broad Recommendations	*35*
Advisory Committee	*36*
Clinical Practice Subcommittee	*36*
Justice Subcommittee	*37*
Endnotes	*38*
Selected Bibliography	*40*

Authors

Principal Investigators

Judy Tudiver, PhD
Consulting Psychologist
J.D. Griffin Adolescent Centre
24 Silverview Drive
Willowdale, ON

Shirley Broekstra, RN HBA
Outreach Coordinator
Forensic Division
Clarke Institute of Psychiatry
250 College Street
Toronto, ON

Sheena Josselyn, PhD
Forensic Division
Clarke Institute of Psychiatry

Howard Barbaree, PhD
Head, Forensic Division
Clarke Institute of Psychiatry

Project Support Staff

Research Assistant

Alexandra Maric, HBA
Forensic Division
Clarke Institute of Psychiatry

Project Assistant

Kimberly Brown, HBA
Forensic Division
Clarke Institute of Psychiatry

We would also like to gratefully acknowledge the valuable contributions from:

Alexander Greer, JD
Forensic Division
Clarke Institute of Psychiatry

Charles Menendez, PhD
Surrey Place Centre

Rochelle Spekkens, MSW
REENA Foundation

Marilyn Vasilkioti, MSW
Oolagen Community Services

Preface

In the fall of 1993, the Forensic Division of the Clarke Institute of Psychiatry initiated a survey to assess the need for services in community-based assessment and treatment programs for sex offenders. A broad range of mental health, social service and correctional agencies that interface with this target population were surveyed.

Respondents noted that services for sex offenders who are developmentally delayed were extremely limited. Agencies reported that they were faced with an increasing demand for services for this population. Furthermore, they felt that they could not meet the demand with the existing levels of knowledge, training and resources.

As a result, in the fall of 1995, the principal authors received funding from Health Canada (Family Violence Prevention Division) to develop a guide focusing on developmentally delayed sex offenders.

To provide direction for development of this guide, an Advisory Committee was convened. This committee was comprised of a variety of professionals who work with sex offenders or who provide services to developmentally delayed individuals. In addition, two subcommittees were formed. The task of one subcommittee was to develop a set of Clinical Practice Guidelines for the assessment and treatment of developmentally delayed sex offenders. The task of the second subcommittee was to explore the interactions with the criminal justice system experienced by developmentally delayed individuals who have committed sex offences.

A one-day community consultation was also held to identify currently available resources and gaps in service provision. The community identified strengths in the availability of assessment resources for this population. However, treatment and management options were identified as very limited. The community also expressed serious concern about the lack of residential settings for individuals at high risk to re-offend. The transitional youth group (ages 18-21) and developmentally delayed persons with major mental illnesses were noted to be poorly served.

In addition, the need for specialized education and training for staff working in residential and sheltered workshops was identified, along with the need for better case management and coordination.

Introduction

One goal of this project was to obtain a better understanding of developmentally delayed sex offenders, and to describe their offences and the victims of their offences. To this end, a survey was conducted and the results are presented in the guide.

Overview of The Guide

Intended Audience

This guide is intended for individuals who work with developmentally delayed persons, including service providers, mental health professionals, lawyers, police, court officials, child welfare workers, and volunteers, as well as clients and their families.*

Goals of the guide

The main goals of the guide are:

- To provide a conceptual framework in which to view the problematic sexual behaviour of developmentally delayed individuals;
- To review the research literature on developmentally delayed persons who have committed sexual offences;
- To describe the characteristics of developmentally delayed individuals who demonstrate sexually inappropriate and/or offensive behaviour;
- To describe the types of sexually inappropriate or offensive behaviour committed by developmentally delayed individuals;
- To describe Clinical Practice Guidelines for the assessment and treatment of developmentally delayed individuals involved in sexual offending behaviour; and
- To explore the role of the criminal justice system in dealing with developmentally delayed sex offenders.

Background

The normal sexuality of developmentally delayed individuals has been poorly understood by society. All too often, myths and stereotypes about the sexuality of the developmentally delayed person have pervaded the mental health and legal systems. Historically, both systems are ill-equipped to deal with individuals with developmental delay who show inappropriate or offensive sexual behaviour. A quote by Swanson & Garwick (1990) may reflect the current attitudes of our communities toward developmentally delayed individuals who commit sexual offences: "...sexual offences by individuals with mental retardation will be ignored as long as possible and then approached in a crisis-oriented, fragmentary and intrusive manner" (p.155).[1]

As with any other group of people, the vast majority of developmentally delayed persons are law-abiding citizens. There is, however, a small percentage who show sexual behaviour that is considered inappropriate in the social context or is defined as a criminal offence under the *Criminal Code of Canada*.

This guide identifies some societal misunderstandings and misinformation regarding the sexual behaviour of developmentally delayed individuals. In addition, this guide provides recommendations for assessment and treatment approaches which are pro-active and respectful of the developmentally delayed individual. Furthermore, this guide provides an overview of the way in which developmentally delayed sex offenders are processed within the criminal justice system, and makes recommendations for interventions that may better meet the needs of developmentally delayed persons.

* The male gender is utilized in this publication to allow easier reading but includes women and men who work with developmentally delayed persons as well as clients and their families.

Definition of Terms

Developmental Delay

There are many terms used to refer to the population of individuals with limited intellectual functioning, including developmentally delayed, developmentally handicapped, intellectually challenged and mentally retarded. There is little consensus on which term is most appropriate. For the purpose of this guide, the term "developmentally delayed" will be used. This term is synonymous with mental retardation as defined by the American Association on Mental Retardation (AAMR).

Developmental delay refers to substantial limitations in present functioning with onset prior to age 18. It is manifested as significantly below average intellectual functioning, expressed concurrently with related disabilities in two or more of the following adaptive skill areas: communication, self-care, home living, social skills, community use, self-direction, health and safety, functional academics, leisure and work.[2]

It is important to include adaptive functioning levels in addition to an IQ level when describing people with developmental delay, as two individuals with identical IQs may be quite different in terms of their social functioning and behaviour.

The prevalence of developmental delay is approximately 2.5 to 3% of the general population.[2]

Sexual Offender

In this guide, the term "sex offender" is used to describe individuals who have committed a sexual act that is against the law.

Included in this definition are:

- sexual contact(s) with another person without that person's consent, and
- all adult sexual contacts with children.

The prevalence of sex offending behaviour among the developmentally delayed population is not known. This may be due, in part, to the reluctance of service providers to accurately label this behaviour. It is our experience that many service providers and others often do not label sexual assaults perpetrated by individuals with developmental delay as sexual "offences" because the label may significantly hinder access to housing and other support services.

Several reports[3, 4] have suggested that sexual offending is as prevalent, or even more prevalent, among individuals with developmental delay than among non-delayed individuals. For example, Day (1994) recently found an over-representation of sex offending in the developmentally delayed population that was not accounted for by differential arrest and conviction rates.

It is clear that the scope of the problem will not be ascertained without an appropriate definition of the problem, accurate reporting and further research.

Myths and Stereotypes Related to the Sexuality of Individuals with Developmental Delay

THERE ARE MANY MYTHS AND STEREOTYPES about the sexuality of individuals with developmental delay. Acceptance and endorsement of these myths has tremendous implications with respect to acknowledging and changing the sexually offending behaviour of developmentally delayed persons.

MYTH #1

Individuals with developmental delay are often viewed as either sexually impulsive or child-like and asexual

Reality Behind Myth #1

Sexual behaviour falls on a continuum and the above categories represent two extremes. Most sexual behaviour, including the sexual behaviour of developmentally delayed persons, is somewhere between these two extremes.

Consequence of Myth #1

The false dichotomization of the developmentally delayed individual into two extremes has important implications. If society and service providers view this individual as highly sexually impulsive, the offending behaviour is seen as uncontrollable. In these situations, a solution would be to incarcerate the offender or provide one-on-one supervision. Not only are these expensive options, but they also deny the offender an opportunity to change his or her behaviour.

Conversely, if the individual is viewed as child-like and asexual, the sexual offending behaviour is likely to be denied or minimized. It may be difficult to acknowledge an incident such as sexual abuse because of the view that the person, like a child, is quite powerless. If the sexual incident is denied or minimized, then it follows that intervention is not considered necessary as no serious problem seem to exist.

Denying and minimizing the impact of the individual's offensive behaviour effectively removes the consequence for his or her actions and robs the individual of a chance to learn more appropriate sexual behaviour. In addition, this strategy also ignores the safety needs of the community.

MYTH #2

Individuals with developmental delay who sexually offend against children are simply interacting with their emotional or intellectual peers

Reality Behind Myth #2

Although some people refer to developmentally delayed individuals as having a young "mental age", developmentally delayed persons are not equivalent to children. Adults with developmental delay differ from children in size, past life events and available life choices.

Consequence of Myth #2

Adoption of Myth #2 leads to the corollary that the developmentally delayed individual who sexually offends against children is interacting with a peer and, therefore, is not doing anything wrong. Again,

in these circumstances the developmentally delayed individual is not held accountable for his or her offending behaviour and is not offered a chance to change that behaviour. Furthermore, the risk to the community may again be ignored.

MYTH #3

An individual with developmental delay who has sexually offended cannot understand that he or she has done something wrong.

Reality Behind Myth #3

Most developmentally delayed individuals are able to distinguish between right and wrong in most areas of their lives.

Consequence of Myth #3

If it is believed that developmentally delayed individuals are unable to distinguish between right and wrong, then it is unlikely that they would benefit from being held accountable and from interventions that address their offending behaviour. Treatment that may reduce the risk of reoffence, therefore, would not be offered. Like the preceding myths, this myth denies developmentally delayed sex offenders the opportunity to change their behaviour. This myth leads to a restrictive rather than a rehabilitative solution.

MYTH #4

Treatment cannot benefit a developmentally delayed individual who engages in sex offending behaviour.

Reality Behind Myth #4

Research has shown that specialized sex offender treatment reduces recidivism rates in non-delayed sex offenders. While there is limited research, clinical evidence suggests that specialized sex offender treatment may also reduce recidivism rates for developmentally delayed sex offenders. Effective interventions may enable the developmentally delayed offender to better manage his or her life with the goal of being re-integrated in the community.

Consequence of Myth #4

If the view is held that treatment cannot benefit developmentally delayed sex offenders, then it again follows that intervention would be limited and treatment would not be offered to them. This may result in increased danger to the community as well as to the developmentally delayed offender. Acceptance of this myth may also limit the opportunities for the developmentally delayed individual to be re-integrated into the community.

Problematic Sexual Behaviour

An Overview of Problematic Sexual Behaviours of Individuals with Developmental Delay[5]

Sexuality is an integral part of every person's life. However, sexual expression by developmentally delayed individuals often evokes strong reactions from many people, including professionals. This is evidenced by examining the attitudes of residential staff toward the legally acceptable sexual expression of the developmentally delayed clients in their care. The results of one study indicated that only 25% of the staff reported that they would allow sexual interactions between their developmentally delayed residents. Another 50% of staff felt that sexual interactions between residents should be limited, while 25% of staff felt that sexual interactions should not be allowed.[6]

Often these restrictive and conflicting attitudes of caregivers cause confusion for developmentally delayed persons. In addition, these attitudes make it very difficult for the service providers to consistently distinguish between normal, inappropriate, illegal and other problematic sexual behaviours. The following is a framework for categorizing or labelling the sexual behaviours of individuals with developmental delay.

"Normal" Sexual Behaviour

Normal sexual behaviour is sexual activity to which participants freely consent, which is carried out within the bounds of ordinary standards of social propriety concerning time and place, and which does not exploit or demean any person. However, as noted above, misinformation and generally restrictive attitudes toward the sexuality of developmentally delayed individuals may result in a view that all sexual expression by individuals with developmental delay is "abnormal" or in need of professional attention. For instance, it is not unusual for residences for developmentally delayed individuals to have general policies that restrict all sexual interactions between developmentally delayed adults. Therefore, consensual and lawful sexual interactions are prohibited, along with exploitative, coercive and illegal sexual interactions. When all sexual behaviours are classified as wrong, individuals with developmental delay are not taught to discriminate between appropriate and inappropriate sexual activities.

The social appropriateness of sexual expression is contingent, to some degree, on the location in which the act takes place. A sexual behaviour such as masturbation performed in private may be viewed as socially appropriate, whereas the same behaviour performed in public may be viewed as inappropriate.

Given that many developmentally delayed persons are not provided with opportunities for privacy, it makes sense that sexual activities performed in "inappropriate" places are fairly common among developmentally delayed individuals.

This highlights the importance of interpreting any problematic sexual behaviour presented by an individual with developmental delay within its context. An appropriate assessment, for example, can differentiate between a developmentally delayed individual who masturbates in public because of a lack of privacy and one who does so for other reasons.

Inappropriate Sexual Behaviour

Inappropriate sexual behaviour is sexual activity which violates ordinary standards of social propriety and typically reveals a need for social or sexual education, but for which intent to harm is not an issue.

Sexually inappropriate behaviour may result from environmental restrictions, lack of limit-setting, poorly developed social skills, lack of information on appropriate sexual expression or segregation. This behaviour may stem from the way an individual with developmental delay was educated or raised, rather than from a motivation or desire to offend. If the sexually inappropriate behaviour is not addressed adequately, in some instances it can escalate to offending behaviour.

Sexual Offending Behaviour

Sexual offending behaviour includes sexual contacts with another person without that person's consent, and all adult sexual contacts with children. This category of behaviour is illegal and harmful to the victim. Acts of unwanted contact and activities in which there is no physical contact between perpetrator and victim, as in the case of exhibitionism and voyeurism, are also included within the category of offending behaviours. Sexually offensive behaviour of developmentally delayed individuals should not be ignored or minimized. Individuals with developmental delay who sexually offend should be held accountable for their behaviour and have access to appropriate sex offence-specific assessment, treatment and support.

Self Harm and Other Problematic Sexual Behaviours

This category encompasses unusual behaviours such as self-injurious sexual behaviour. An example of this type of behaviour includes insertion of objects or choking oneself when masturbating. In addition, "excessive" masturbation may fall under this category. Masturbation may be considered excessive if it interferes with the individual's work or other life events. Appropriate assessment and treatment is also recommended for problematic sexual behaviours exhibited by individuals with developmental delay.

Conclusions

In presenting these definitions, we stress the importance of carefully examining the context in which sexual behaviour occurs and of recognizing the many obstacles to healthy sexuality for developmentally delayed individuals. Defining sexual behaviour requires careful assessment, both of the person and the context in which the behaviour has occurred. Consider, for example, the developmentally delayed person who masturbates in the common room of his group home. Does this behaviour reflect an intent to act out aggressively toward those who witness the act or does it reflect the person's poor sense of social propriety and/or limited capacity to delay gratification? Or perhaps it arises simply because the person is not allowed time and space alone when he or she needs it.

Ryan suggests: "In considering the range of behaviour...it becomes clear that most of these behaviours are not deviant in our culture. It is the relationship and interaction that define sexual abuse – rather than isolated behaviour occurring out of context" (Ryan, 1991: p 397).[7]

In summary, this section provides a conceptual framework that may be used to distinguish among problematic sexual behaviours exhibited by individuals with developmental delay. The results of sex-specific assessment will help determine the most appropriate intervention or treatment for problematic sexual behaviours. These interventions could range from providing adequate privacy to sex offender-specific treatment.

Literature Review

FEW CLINICAL AND RESEARCH STUDIES HAVE FOCUSED on developmentally delayed sex offenders. Therefore, information about the characteristics of developmentally delayed sex offenders and their offence behaviour is limited. Mental health professionals are faced with increased demands to treat this population despite the lack of information.

The few available studies suggest that developmentally delayed sex offenders have an overall offence pattern that is similar to non-delayed sex offenders. Furthermore, based on their clinical experience, Murphy and colleagues (1983)[8] report that developmentally delayed sex offenders are likely to hold views that correspond to the acceptance of sexual offending, e.g., hold negative and aggressive attitudes toward women, accept rape myths, and have stereotyped perceptions of women. A few key differences have been noted. Compared to adult non-delayed sex offenders, adult developmentally delayed sex offenders tend to:

- have fewer victims;[9]
- commit fewer "serious" sex offences but more "minor"or "nuisance" offences;[10] and
- have a smaller proportion of female victims – females represent 50% of victims of developmentally delayed sex offenders and 89% of victims of non-delayed sex offenders.[9]

Developmentally delayed sex offenders have also been distinguished from non-delayed offenders in that they:

- display significantly more social skill deficits;[9]
- are sexually naive, lack interpersonal skills and have difficulties interacting with the opposite sex;[10,3]
- have a higher incidence of family psychopathology, psychosocial deprivation, school adjustment and other behavioural problems;[10] and
- have more psychiatric illness and delinquent or criminal behaviour.[10]

In addition, developmentally delayed sex offenders who reoffend tend to have committed many different types of offences in the past and showed a low degree of specificity in terms of offence type, age and sex of victim.[10]

This finding is in marked contrast to the profile of non-delayed sex offenders who show consistency in choice of victim over time. This suggests that opportunity may be an important factor in the sexual offending committed by developmentally delayed persons.

Literature Review

Low IQ individuals who sexually offend may be at greater risk of re-offending than their non-delayed counterparts. Barbaree and Marshall (1988)[11] grouped offenders based on IQ and found that low IQ was associated with more repeat offences and more severe offences. While the finding that low IQ is associated with more severe offences may seem to contradict the previous findings, it should be noted that, in the Barbaree and Marshall study, the low IQ group included developmentally delayed offenders as well as offenders who were too high functioning to be classified as developmentally delayed although their IQ scores were below normal.

Adolescent developmentally delayed sex offenders have also been reported to show an overall pattern similar to that of non-delayed adolescents. However, compared to their non-delayed counterparts, male developmentally delayed adolescents tend to:

- be more likely to show inappropriate, non-assaultive, nuisance sexual behaviour such as voyeurism and exhibitionism;[12]
- offend equally against male and female victims, whereas non-delayed adolescent sex offenders chose primarily female victims;[12] and
- show fewer delinquent behaviours other than sexual offending.[12]

In summary, the research to date concerning the characteristics and behaviours of developmentally delayed sex offenders suggests that developmentally delayed sex offenders display some similarities and differences in comparison to their non-delayed counterparts. However, the conclusions that can be drawn are limited. Clearly, more research in the area is indicated.

Survey Results

A STUDY WAS CONDUCTED IN AN ATTEMPT to obtain a better understanding of developmentally delayed sex offenders, their offences, and the victims of these offences.

Questionnaires were mailed to a wide variety of organizations which provide services to developmentally delayed individuals and/or services to sex offenders. It was requested that questionnaires be completed with respect to clients who were known or suspected to have committed sexually inappropriate or abusive behaviour. Questions were designed to elicit information about the characteristics of these clients, the nature of their inappropriate and/or abusive behaviours, interventions for these behaviours, actions taken by clinical staff, and the characteristics of the victims.

Responding Agencies

Twenty-seven agencies responded, completing questionnaires regarding 85 clients. Questionnaires were received from a cross-section of agencies which included psychiatric facilities, outpatient mental health facilities, correctional facilities, associations for community living, and residential and group home facilities from both rural and urban settings.

Of these agencies, 44% indicated that they had specific policies or procedures for dealing with sexually inappropriate behaviour exhibited by clients. These policies included reporting and management procedures, protocols for treatment referrals and, in some cases, specific treatment guidelines.

The respondents reported that approximately 7 to 33% of the developmentally delayed clients they worked with had demonstrated inappropriate or offensive sexual behaviour.

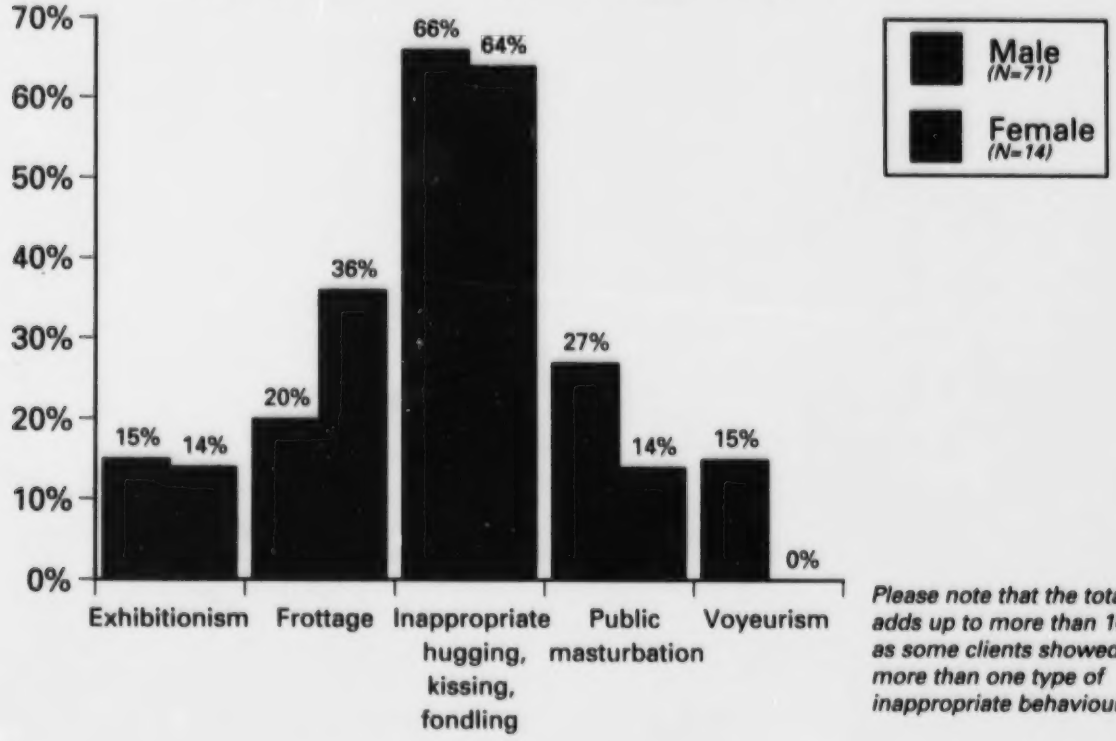
Client Sample

The client sample consisted of 71 (83.5%) males and 14 (16.5%) females ranging in age from 13 to 78 years, the average age being 33.5 years. It is not known how representative of the developmentally delayed population this sample is.

As one would expect, males outnumber females in this sample of perpetrators. However, the number of female prepetrators in our sample is much higher than in the non-delayed population, with official sources suggesting that approximately 1% of sex offenders are female.[13] In some studies of sibling incest, the incidence for female perpetrators increases to approximately 20%.[13] In this survey, however, sibling abuse does not account for the relatively high incidence of female perpetrators.

Graph 1

Typical Sexually Inappropriate Behaviour



Please note that the total adds up to more than 100% as some clients showed more than one type of inappropriate behaviour.

Sexual Incident Information

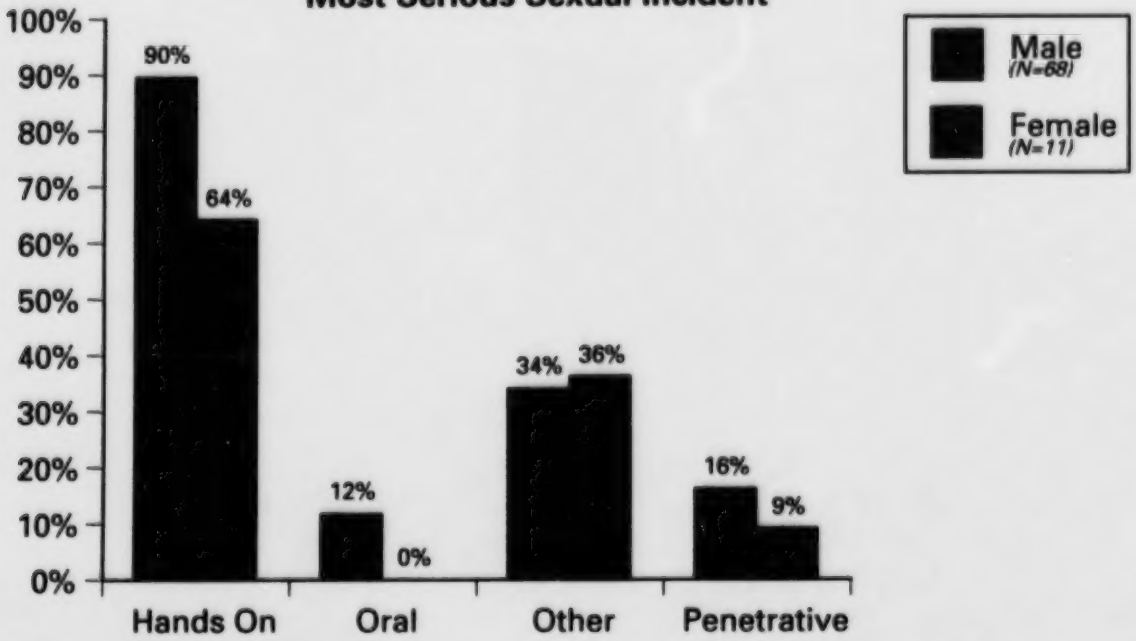
Sexually inappropriate behaviour can be viewed as on a continuum, from sexual behaviour that is simply inappropriate in the social context to behaviour that is abusive or illegal. Some individuals engage in more serious or abusive sexual behaviour as well as a wide range of less serious inappropriate sexual behaviours. Respondents were asked to indicate the most typical inappropriate sexual behaviour displayed by the client. See Graph 1.

As the graph demonstrates, females and males showed a similar frequency of exhibitionism and inappropriate touching, with both genders demonstrating a considerably high rate of inappropriate touching. There were, however, sex differences in the categories of frottage, voyeurism and public masturbation. Females had a higher frequency of frottage than males, while males had a higher incidence of public masturbation and voyeurism than females.

Seventy-one percent of the females had more than one type of sexually inappropriate behaviour, while thirty-five percent of the males demonstrated more than one type of sexually inappropriate behaviour.

Graph 2

Most Serious Sexual Incident



Most Serious Sexual Incident

Respondents were also asked to indicate the **most serious** sexual incident performed by the client. The incidents were categorized as follows:

- ***"Hands On"*** offence (i.e., fondled or grabbed victim's breast or genitalia, masturbated victim, forced victim to masturbate client),
- ***"Oral"*** offence (i.e., performed oral sex on victim, forced victim to perform oral sex on client),
- ***"Penetrative"*** offence (i.e., attempted or actual vaginal or anal penetration of the victim with penis, finger or object), and
- ***"Other"*** offences.

While all clients in the study were reported to have had sexually inappropriate behaviours, not all clients had a sexual incident which was classified as serious. Eleven females and sixty-eight males were reported to have committed a serious sexual incident. See Graph 2.

Both females and males were involved in a considerably high rate of "hands on" offences, with the rate for males being somewhat higher than for females. Although both females and males were engaged in comparable levels of "other" behaviour, this behaviour differed depending on the gender of the person.

For females the behaviours in the "other" category involved stalking and soliciting behaviours, while for males these behaviours involved public masturbation and exhibitionism.

In terms of involvement in more than one type of serious sexual incident, only one female engaged in more than one type of serious sexually offensive behaviour. It is interesting to note that this client had the only incident of penetration for a female in the study. Ten males (14%) engaged in more than one type of serious sexual behaviour.

Action was taken with respect to many of the serious sexual incidents. In almost half of the cases (44%) the incident was reported to the police. In 11.8% of the cases a report was made to a child welfare agency. Charges were laid in 34% of these reported incidents. In most cases the respondents indicated they were not aware of the outcome of the charges. This finding seems to speak to the need for increased communication between the justice system and community agencies.

Principles and Guidelines for Working with Individuals with Developmental Delay who have Committed Sexual Offences[17]

I. Minimizing Risk

All interventions with individuals who have committed sexual offences should be viewed as a means of ensuring community safety. The safety of potential victims should always be the first consideration in decision making. We believe that minimizing the risk of reoffence is also in the best interest of the developmentally delayed offender. Appropriate assessment, management and support for developmentally delayed sex offenders serves both the community and the offender.

a) Policies and procedures should be in place to ensure the safety of the offender, the staff working with the offender, and others, both in the setting and in the community.

b) Removal of an offender from a home in which children are at risk is the recommended action. In balancing the needs of the offender against the safety of the children, the safety of the children is always paramount.

c) Clear communication should be established between the offender's treatment team and his or her residential staff so that supervision and monitoring of the individual is commensurate with the assessed level of risk to reoffend.

d) It is crucial that an effective plan to prevent relapse and reoffence is developed for each individual who has committed a sexual offence.

e) The inclusion of a victim of a sexual offence in the offender's treatment should only be considered if steps are taken to ensure the safety of the victim. The risk of physical or emotional trauma for the victim should outweigh any potential therapeutic benefits to the individual who committed a sexual offence.

f) Program planning and treatment decisions that appear to address the needs of an offender but, in fact, increase his or her risk of a reoffence are not in the offender's best interest. For example, some employment or volunteer opportunities may be unwise (e.g., working unsupervised with children).

g) It may be necessary for a clinician to refuse to treat an offender if supports and supervision which are essential to providing the appropriate safeguards and ensuring community safety do not exist.

II. Recognizing the Vulnerability of Individuals with Developmental Delay.

When working with individuals with developmental delay who have committed a sexual offence, it is necessary to recognize their vulnerabilities.

a) To deny that offenders with developmental delay have, in fact, committed sexual offences contributes to the risk of reoffence and undermines the offender's right to assistance in developing appropriate sexuality. Denial and minimization of the sexual offence by the offender, his/her service providers, or society should always be challenged.

b) Integrating individuals who are developmentally delayed with non-delayed sexual offenders, without specific safeguards, may place developmentally delayed individuals at risk of victimization.

c) Individuals with developmental delay may be more vulnerable to the negative impacts of labelling than are non-delayed persons.

- They may be more likely to be labelled "sex offender" without being convicted of a criminal offence.
- They are less able to repudiate the label when it has been applied to them.
- The label may have a greater impact on their lives because of their reliance on support services (e.g., residential and vocational services) that require disclosure of past offence history.

d) The sexual offences committed by some individuals with developmental delay may be understood as resulting, at least in part, from living in settings in which opportunities for learning about healthy relationships and for sexual expression are unavailable. Although these factors in no way excuse their behaviour, recognition of them through careful assessment can assist in determining the most appropriate intervention plan.

e) Service providers should be aware of the difficulties with communication and comprehension experienced by individuals with developmental delay. For example, an individual with developmental delay might admit that he or she sexually assaulted someone but see no contradiction in describing the contact as accidental. Similarly, some developmentally delayed individuals may confuse their thoughts with their actions, and report sexual fantasies as if they had actually occurred.

f) Individuals with developmental delay may show increased compliance with persons in authority in an attempt to please them. Therefore, these individuals may be vulnerable to undue influence during an investigative process and in providing informed consent to treatment.

III. Informed Consent

Legally individuals with developmental delay who have sexually offended must be given the opportunity to exercise their right to make a voluntary and informed decision to participate in treatment. This process may require the assistance of an advocate or other helping professional.

a) Informed voluntary consent should always be obtained prior to any therapeutic intervention. An individual must be fully informed of the nature of the treatment, the possible risks and benefits of participating in treatment, as well as the alternative options, including no treatment. Individuals with developmental delay have the right to refuse treatment.

b) Due to difficulties with communication and/or comprehension, developmentally delayed persons may require further assistance in order to provide informed consent. Abstract concepts, such as the consequences of accepting or refusing treatment, should be presented in a clear and concrete manner, using simple language. A thorough discussion of the guidelines for assessing an individual's capacity to provide informed consent is provided in Appelbaum & Grisso (1988).[18]

c) When consent is being sought for a particularly intrusive assessment or treatment option, such as phallometric testing (measuring sexual preference via changes in penile circumference), or when it is felt that the individual is overly compliant with the treatment team, an advocate (e.g., family member, adult protection service worker) should be available to discuss the relevant issues with the individual.

d) If the individual is not able to provide informed consent for reasons of age or competence, consent must be obtained from an appropriate substitute decision maker (e.g., parent or guardian).

IV. Assessment

Any comprehensive intervention plan should be based on a broad, sex offender-specific assessment of the developmentally delayed individual. Assessments should be conducted by professionals who are trained to work with developmentally delayed persons and are knowledgeable in the area of sex offender assessment and treatment.

a) In general, assessments should be tailored to the specific cognitive abilities of the offender.

Given the potential language difficulties the assessment should include information from collateral sources such as:

- police
- victim
- witnesses
- offender's family
- caregivers
- other professionals involved.

b) Assessements should not minimize or excuse the offender's responsibility for the offence but

attempt to understand the offending behaviour and its implications for treatment.

Thus the assessment should:

- consider the environmental or contextual factors that contribute to, or help maintain, sexually problematic or offending behaviour, and
- address and acknowledge the offender's own victimization, if applicable.

c) Assessments should facilitate the development of a treatment plan to:

- address risk for reoffence, supervision and possible placement needs of the offender; and
- address clinical and treatment needs of the offender.

More specificly, assessments should include:

a) Offence Description:

- age and relationship to victim
- details of present offence
- past criminal and/or sexually inappropriate behaviour
- deviant sexual interests
- extent of denial, minimization, and cognitive distortions (thinking errors) surrounding the offence(s)

b) Current Functioning:

- social and adaptive skills
- sexual knowledge
- personality
- cognitive and behavioural functioning
- the individual's ability to understand cause and effect relationships
- level of moral reasoning
- degree of responsibility the individual is capable of taking for his/her behaviour

c) Pertinent History:

- developmental history
- family and personal background
- medical, psychological and/or psychiatric history
- educational history
- occupational history
- drug/alcohol use

d) Other:

- sources of support in the community

Related Issues:

a) All psychometric tests used should be specified and their applicability for use with developmentally delayed individuals noted.

b) Assessment techniques such as polygraphic and phallometric testing should be used cautiously with individuals with developmental delay, given the lack of normative data for this group and the invasiveness of these techniques.

c) Permission for the release of pertinent information from all collateral sources should be obtained at the earliest possible time so that necessary psychological, medical and offence information is available for assessment purposes.

d) If the offender does not already have one, a "case manager" should be assigned at the earliest point, to ensure continuity of services for the developmentally delayed offender. The role of the case manager includes the collection and discrimination of relevant information to appropriate parties.

e) Feedback should be provided to all relevant parties in a timely fashion and in a manner that is respectful to the offender.

The ultimate goals for the offender in treatment are:

- to gain control over and eliminate offending behaviour,
- to develop appropriate social skills, including sexual expression, and
- to reintegrate safely into the community.

The immediate goals of treatment are to facilitate the offender's:

- acknowledgement of his or her sexually offending behaviour, and
- demonstration of some commitment to change his or her behaviour.

V. Treatment Methods and Requirements

Treatment methods for developmentally delayed offenders are based on those used in treating non-delayed offenders and are tailored to address the learning needs and special issues facing developmentally delayed individuals. Treatment time frames may need to be extended in order to meet the needs of individuals with developmental delay.

a) Treatment begins by consistently challenging the offender's inaccurate statements and beliefs about his or her offences. This strategy helps offenders confront the seriousness of their actions.

b) Current knowledge suggests that one of the most effective forms of treatment for sex offenders is relapse prevention. In this form of treatment, offenders are assisted in identifying their "cycle of abuse"; that is, the series of life events, thoughts and feelings that have been associated with their offending in the past. Offenders are then taught to intervene in order to break the chain of antecedent events and avoid a potential relapse. This treatment should occur in the context of a systemic approach involving the offender and his or her family and support systems.

c) Treatment programs should recognize and address the particular obstacles in attaining the treatment goals that face an offender with developmental delay, such as:

- lack of opportunity to learn appropriate sexual behaviour through experimentation and trial-and-error at an early age,
- high probability of having been sexually victimized,
- social isolation,
- poor community acceptance of healthy sexual behaviour,
- lack of opportunities for age-appropriate sexuality, and
- difficulty learning complex social rules and norms relating to dating, intimacy and sex.

d) Individuals with developmental delay can benefit from standard treatment groups and cognitively oriented therapeutic approaches when these approaches are adapted to their cognitive strengths and weaknesses. Treatments may be relatively ineffective if they rely on verbal techniques for teaching abstract concepts.

e) The development of appropriate social and sexual skills is a critical step in reducing the offender's risk to reoffend. Education and training should include:

- concrete skill-building techniques relating to social interaction (e.g., how to initiate appropriate social contact and deal with rejection or respond to mutual interest),
- concrete skill-building relating to sexual behaviour (e.g., how to put on a condom), and
- information about sexuality.

f) Structured activities and opportunities to practice basic social-sexual skills may be required to facilitate the offender's development of healthy, responsible sexuality and positive, non-sexual social relationships with peers.

g) The active involvement of the offender's case manager and collateral supports in the development of a treatment plan is essential. Determining treatment goals in a case conference format helps ensure that open communication among all involved parties is maintained.

h) Treatment providers working with sexual offenders must be comfortable talking about sex and sexual offending, and express clear and appropriate beliefs about sexual behaviour.

i) Treatment providers should not work with persons who have committed sexual offences if they have confused or inappropriate beliefs and attitudes about sex and sexual offending, or have a history of criminal or sexually exploitive behaviour.

j) Pharmacological intervention that suppresses sex drive may be an integral part of the treatment of developmentally delayed sex offenders. This intervention should only be used with informed consent and in conjunction with sex offender specific counselling. Relying on pharmacological intervention alone without related counselling raises ethical concerns and may suggest increased risk to reoffend. Any changes to the

prescribed medication regime should be relayed to the treatment team and to others involved.

VI. Using External Consequences and Leverage in Treatment

Internal motivation facilitates treatment, but it is not a prerequisite for entrance into treatment or a guarantee of success. Most non-delayed sex offenders participate in treatment because of their involvement with the courts. Court-ordered treatment may also facilitate the treatment and management of developmentally delayed sex offenders.

a) Criminal investigation, prosecution and court-ordered treatment may serve as effective supports for the treatment and management of developmentally delayed sex offenders.

b) Criminal investigation and court-ordered intervention may serve as effective and concrete consequences for developmentally delayed sex offenders, particularly for those who do not accept or readily understand the connection between their behaviour and involvement in the criminal justice system.

c) Treatment providers should notify the appropriate authority if an offender fails to attend court-mandated treatment. Referral back to the criminal justice system may be warranted if the offender violates the conditions of his or her treatment.

VII. Monitoring Progress

In treatment, progress may be demonstrated by behavioural, cognitive and attitudinal changes such as the offender's acceptance of responsibility for his or her behaviour and the development of an understanding of the consequences his or her actions have for others. These changes have been known to lead to the reduction of an offender's risk to reoffend.

a) In treatment records there should be clear documentation of the offender's progress, or lack thereof.

b) Service providers have an obligation to notify members of the offender's treatment team if the offender does not demonstrate progress in treatment or his or her risk to reoffend is assessed to have increased.

c) Lack of progress may indicate that specific treatment goals or intervention strategies need to be re-evaluated. It may be necessary to explore more intensive intervention at this time.

VIII. Follow Up

Effective treatment should include aftercare in order to increase the likelihood that changes made during treatment will be maintained.

a) Aftercare may be ongoing and the offender should always have an option to return to treatment at any time.

b) Follow-up may be accompanied by a gradual reduction in the level of supervision, if deemed appropriate.

c) The offender's safe reintegration into the community should be gradual and closely monitored.

d) If the offender's level of risk increases in the community, he or she should re-enter more intensive treatment and have increased supervision.

Conclusions

The above guidelines are based on the clinical literature and the clinical knowledge and experience of the subcommittee members. These guidelines can be considered a preliminary step in the standardization of assessment and treatment practices for developmentally delayed sex offenders. Each community, however, may need to modify and adapt these guidelines to meet their particular needs.

Criminal Justice Issues

Introduction

This section reviews the various stages of interaction between developmentally delayed sex offenders and the criminal justice system.

Historically, the criminal justice system has been ill-equipped to address the particular problems posed by individuals with developmental delay. Near the turn of the century, individuals with developmental delay were demonized and believed by some courts to be criminally dangerous.[19]

The criminal justice system has made progress in recognizing and addressing the unique needs of developmentally delayed individuals who find themselves in conflict with the law.

A review of the literature reveals that, in comparison to non-delayed defendants, those with developmental delay:

- confessed and pled guilty more often,
- plea bargained less often,
- were defended by court-appointed counsel more often,
- made fewer appeals, and
- served longer sentences, were denied parole more often and received less time off for good behaviour.[20]

An offender's developmental delay cannot be introduced as a mitigating factor in judicial proceedings unless the individual is identified as such.

Research suggests that developmentally delayed individuals frequently go through the justice system unrecognized. For instance, only 2% of individuals with developmental delay received a pre-trial psychological evaluation that might have identified a delay[21] and, in the US, 38% of states were reported to make no effort to identify criminal defendants who may have been developmentally delayed.[22]

Because of the intellectual and functioning limitations of these defendants, complex issues can arise when individuals with developmental delay enter the criminal justice system. This indicates a need for the criminal justice system to recognize these individuals in order to adequately address their unique needs.

There are some generalizations about developmentally delayed individuals that may be particularly cogent with respect to their interactions with the criminal justice system. These include:

- because of limited communication skills, developmentally delayed persons may be predisposed to "biased responding" (answering in the affirmative or negative given the demands of the question) and may acquiesce to leading questions;
- they may be reluctant to disclose that some questions are beyond their ability or knowledge;
- they may have difficulty processing large 'chunks' of information; and
- they may assume blame in an attempt to please the questioner.

Criminal Justice Issues

PRINCIPLES

The following discussion is based on these assumptions:

1. Sex offenders, including developmentally delayed sex offenders, who are held accountable for their behaviour and receive appropriate intervention are less likely to re-commit a sexual offence.
2. The criminal justice system serves a significant role in:
   - identifying sex offenders,
   - holding them accountable for their behaviour,
   - directing them to counselling, treatment and support services, and
   - supporting treatment and case management by encouraging compliance and providing treatment motivation.
3. The criminal justice system serves a role in ensuring community safety. Society is best served when the criminal justice system identifies sexual offenders, holds them accountable for their behaviour and assigns them to services and treatments that meet their needs. Community safety takes precedence over all other interests.
4. It is in the best interest of a developmentally delayed sexual offender to be identified, be held accountable for his or her behaviour and receive appropriate assessment, treatment and support.

In general, sex offender treatment is a difficult process that requires the support of many systems, one of which is the legal system. The majority of non-developmentally delayed people who participate in sex offender treatment do so because of their involvement with the criminal justice system. It is equally important that the justice system provides the same support to developmentally delayed sex offenders.

Decision Points

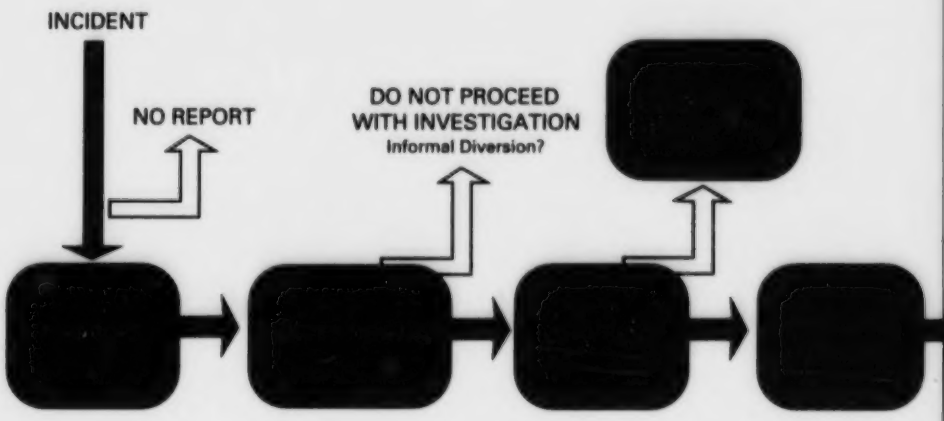
Decisions that determine the specific path an offender will follow are made at various points in this process. These decision points are common to the overall justice system and are not unique to the experience of developmentally delayed persons. The following is a presentation of the decision points within the criminal justice system and a discussion of each decision with respect to developmentally delayed sex offenders.

● Reporting:

The first decision point in this process involves whether to report a developmentally delayed individual suspected (or known) to have committed a sexual offence.

Mandatory Reporting

When an abusive incident is reported, the criminal justice system protects society from further harmful acts and sets out consequences for the offender. Provincial and territorial* reporting statutes entrust all persons who believe on reasonable grounds that a child is, may, or has been sexually abused, to report their suspicions to an agency designated by the region's Minister in charge of protective services, e.g., Children's Aid Society. In most jurisdictions, reports are received by social workers on duty at a Children's Aid Society or in a protection office. If an individual is unsure of their responsibilities to report, they can obtain clarification without identifying the persons involved.



Decision Point #1

To Report or Not to Report

Ethical Dilemmas related to reporting:

Within the context of working with developmentally delayed individuals, service providers may have to make decisions that entail a tension between protecting their clients' rights to confidentiality and the need to report suspected child abuse. Clinicians may fear that reporting would affect the therapeutic alliance.

If the incident is reported to the proper authorities, the criminal justice system may serve as a means of holding the individual accountable for his or her behaviour and linking him or her with the appropriate intervention. As lack of reporting may dramatically hinder (or preclude) appropriate evaluation and treatment of these individuals, it is crucial that all types of sexual offences are reported.

Decision not to report incident:

Some jurisdictions specify penalties for failing to report a sexual offence. This could apply to members of the general population as well as professionals and officials. For professionals regulated by professional governing organizations, penalties including fines, and disciplinary measures may be issued if abuse is not reported.

* In the Yukon, it is not an offence to fail to report but those who report in good faith are entitled to civil immunity.

Reasons for not filing charges included: it was not considered a crime (35%), the victim was too young to give evidence (5%), the victim refused to give evidence and/or the parents did not wish to pursue charges (15%), the client denied, and there was no other evidence (10%).

In the cases in which a serious sexual incident is not considered a crime, as discussed previously, concerns arise about the reluctance of many service providers to acknowledge the sexually abusive behaviour of developmentally delayed persons as criminal.

At the time of the most serious incident, the majority of perpetrators (80%) were living in community settings. Thirty three percent of these perpetrators were living with family or in their own homes, while 47% were in group homes or foster care.

Characteristics of the Victims

Of the serious sexual incidents, 85% involved victims. Approximately 1/3 of the victims were male, while 2/3 were female. In this study only 1.4% of the perpetrators had both male and female victims.

In the majority of these incidents (75%) the victim was known to the client, and in approximately 5% of the incidents the victim was a sibling of the perpetrator. Respondents reported that approximately 50% of the victims were also developmentally delayed.

There did not appear to be a relationship between the age of the victim and the age of the perpetrator. The ages of the victims seemed to be spread evenly across age ranges, with the exception that there were very few victims below the age of 5 years.

Characteristics of the Client Sample

Intellectual Functioning

The functioning level of the majority of the clients in the study was reported to be in the mild to moderate range of developmental delay, with the range as follows: low/average (5.9%), borderline (18.8%), mild (34.1%), moderate (32.9%) and severe/profound (5.9%).

Sexual Knowledge

The majority of our sample was rated as having limited sexual knowledge. Only 10% were seen as being well-informed about sexual matters, 44% seemed to have a moderate level of correct sex information, 19% had little correct information, while 27% were rated as being not well informed.

In order to assist developmentally delayed persons to be more informed and in charge of their own sexuality, a greater emphasis on sexual education is needed.

Impulse Control

Respondents were asked to rate their clients on a scale from 1 to 10 in terms of how capable the clients were of controlling their sexual behaviours. Respondents indicated that, with supervision, 7.06 was the mean score for their clients while, without supervision, 3.81 was the mean score for clients. This difference was highly significant ($T=11.744, df=78, p<.000$).

Respondents suggested that, with supervision, their clients have a considerable degree of control over their sexual behaviour but that, without supervision, the degree of control was considerably less.

There was no relationship between clients' level of functioning and the perceived degree of control over sexual behaviour with or without supervision.

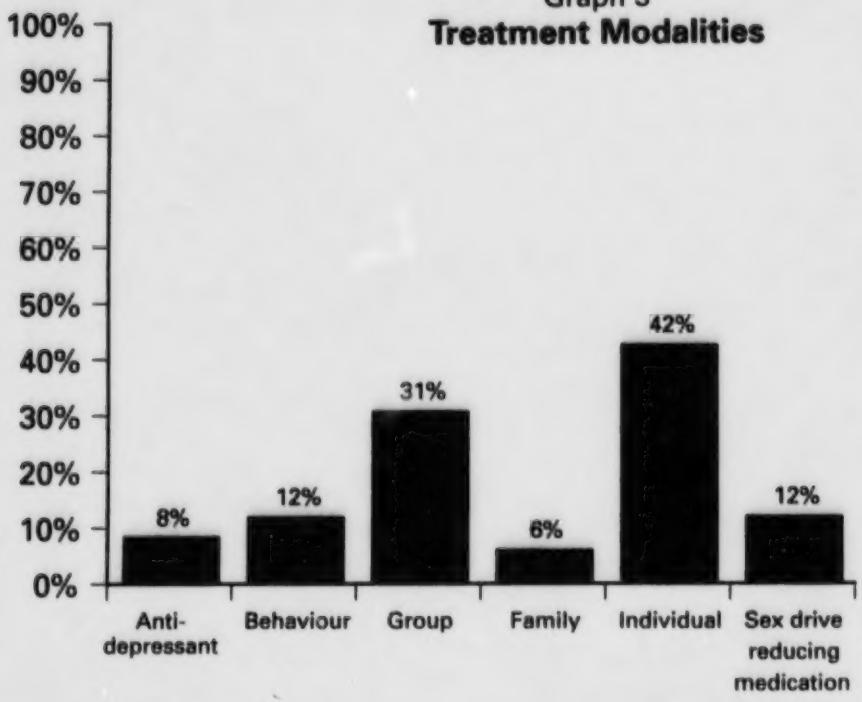
Employment

Approximately half of our client sample (48%) were unemployed, while 24% were in the work force and 26% were in school.

Abuse History

The questionnaire included items to explore the relationship between the clients' abuse history and their inappropriate and/or abusive behaviour. In most cases, however, respondents did not complete the relevant sections. Unfortunately this leaves many unanswered questions related to the vulnerability of these clients and perhaps about the willingness and/or comfort level of service providers to explore these issues with developmentally delayed individuals.

Graph 3
Treatment Modalities



Substance Use

Roughly one-fifth (17.6%) of the sample used alcohol; 4.7% used other drugs. Alcohol and drugs played an instrumental role in the commission of the sexual incidences in 3.5% and 1.2% of the total incidents, respectively. This finding would suggest that substance abuse is a less important factor in the commission of sexual offences for developmentally delayed individuals than for non-delayed offenders.[14]

Treatment Modalities

Treatment for sexually inappropriate or abusive behaviour was reported to have been received by 60% of our sample. Fifty-seven percent of females and 63% of males received treatment. While clients were referred to treatment to address their sexually inappropriate or offensive behaviour, it was not clear if the treatment interventions were tailored to deal specifically with the sexual behaviours. This high treatment response rate was in marked contrast to the information obtained from our community consultation process which indicated that treatment services were very limited.

The relatively high number of clients receiving treatment may, in part, reflect that the agencies who participated in our survey did so because they are already very interested and involved in the treatment of these clients.

Sixty-three percent of the clients who received treatment were involved in more than one type of treatment, with combinations of individual, group, behavioural interventions and medication.

When a client was involved in only one type of treatment it was most often individual (47%) or group therapy (32%). For 16% of the clients, medication was the only type of treatment received.

Both females and males were found to participate in a variety of treatment approaches, ranging from individual to pharmacological. Only one female was on medication (an antidepressant) and this was in combination with another type of treatment. See Graph 3.

Summary of Results

In summary, the results of this survey suggest that the typical developmentally delayed client who was involved in sexually inappropriate or abusive behaviour was in his or her early thirties, was functioning in the mild to moderate range of intellectual ability and was living in the community.

While the police may have been contacted following the sexual incident, it is likely that charges were not filed. A considerable number of the perpetrators were involved in some type of treatment to address the sexually inappropriate or offending behaviour. The victims of their offences were likely to be female and known to them. Many of the victims were also developmentally delayed.

The findings of this study, with respect to female clients, were particularly interesting, although the numbers were very small, making any conclusions premature. These findings do, however, warrant further discussion and research. To our knowledge there is no literature on developmentally delayed females who are sexual perpetrators. There is a small body of preliminary research on non-delayed female perpetrators. The research is still at a descriptive level without the comparative data to help determine how women who perpetrate offences differ from women who do not sexually abuse others.[15]

A recent study examined gender issues in relation to diagnosis and treatment outcomes for persons with developmental delay who were treated at a Special Needs Clinic.[16] It is interesting to note that in all the problems presented at this clinic there was not one mention of sexually inappropriate or abusive behaviour for women. This finding only reiterates the great need for further investigation of these gender differences.

Clinical Practice Guidelines

Introduction

The following guidelines are based on the clinical consensus of the members of the Clinical Practice subcommittee. They are intended to assist practitioners in the assessment, treatment and support of developmentally delayed sex offenders. It is important to note, however, that these guidelines have not yet been validated by research on treatment outcome.

Individuals with developmental delay, like other members of the community, have a right to healthy sexuality. With this right, however, comes responsibility.

This responsibility includes recognition that:

- sexual behaviour with another person must be consensual;
- sexual behaviour must not be harmful to the other person; and
- sexual behaviour must respect community standards regarding privacy.

It is the responsibility of families, caregivers and service providers to support a developmentally delayed person's right to a healthy sexuality.

Developmentally delayed individuals who act in a sexual way toward persons who have not consented or who cannot provide consent, have broken the law. They are considered to be sexual offenders and, as such, require sex offender-specific assessment, treatment and long-term support to change their behaviours and to protect others in the community.

Methods of working with developmentally delayed sex offenders are based on those developed for non-delayed sex offenders, and are adapted for use with developmentally delayed persons. Assessment, treatment and long-term follow-up should be carried out by professionals with expertise in working with sex offenders and developmentally delayed persons.

The primary goals of treatment are:

- to minimize the risk to the community;
- to facilitate the offender's control over his or her sexual impulses and reduce his or her sexual offending behaviours;
- to facilitate the offender's development of appropriate social skills, including sexual expression; and
- to reintegrate the offender into the community to enjoy a lifestyle that is as independent as practical given the limits of his or her developmental delay.

Recommendation:

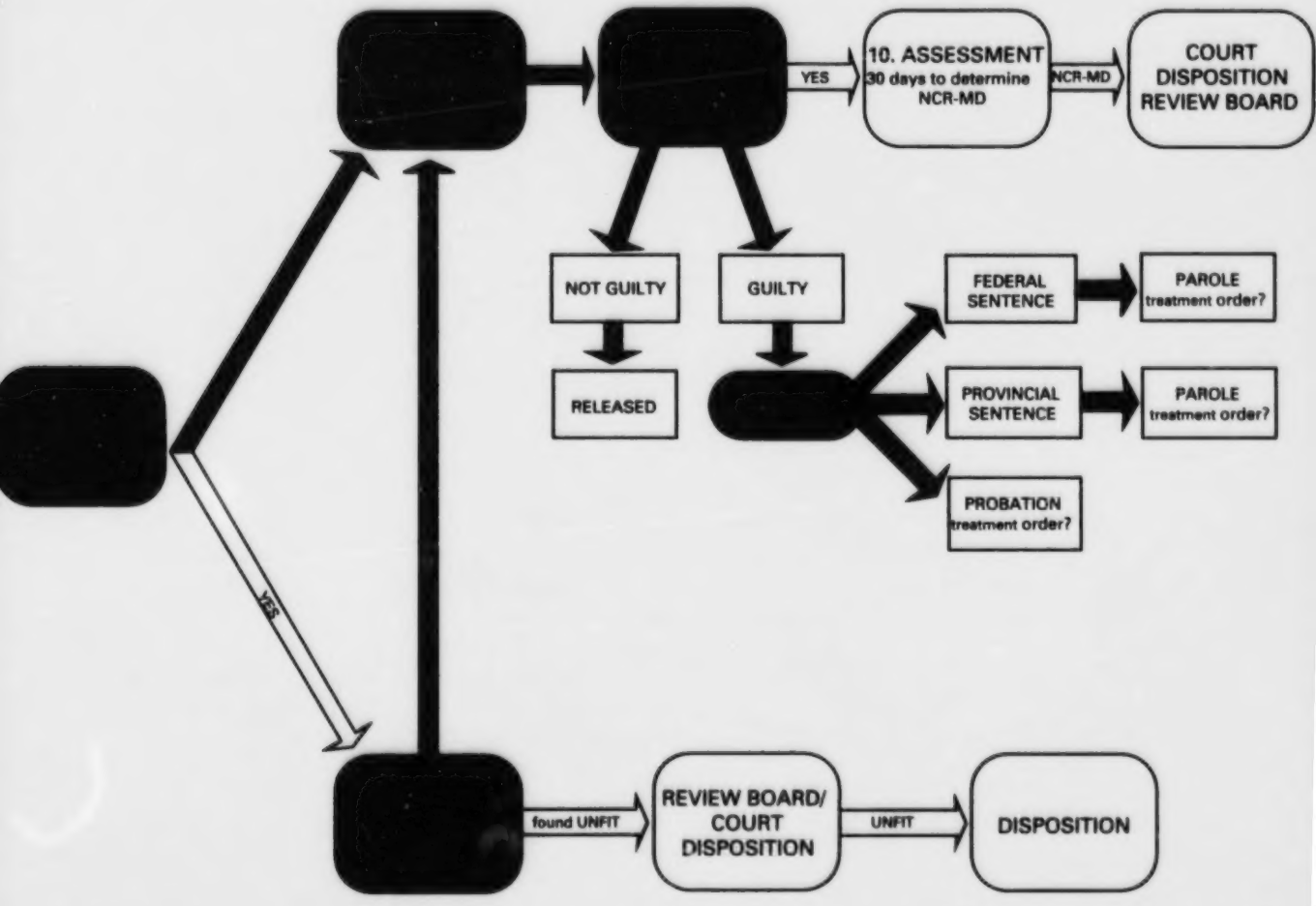
All agencies and organizations that serve developmentally delayed individuals should become thoroughly familiar with the regulations and actual steps involved in reporting abusive incidents according to the statutes. Policies and procedural guidelines should reflect the jurisdictional requirements.

Introducing a developmentally delayed sex offender into the criminal justice system may enhance treatment participation and compliance. Thus, if the behaviour is not reported, there are no consequences and the offensive behaviour could escalate.

● INVESTIGATION:

Police investigations follow specific procedures determined by local, provincial or territorial practices. When an incident of child sexual abuse is investigated, it is most often conducted in collaboration with child protection personnel.

The purpose of a police investigation is to gather information regarding the occurrence of an offence, the circumstances surrounding it, and the likely perpetrator. The police have a responsibility to obtain as much information about the incident as possible. This may include soliciting information from the



Flow Chart of Decision Points in the Criminal Justice System

Please note that this diagram is based on the Ontario Criminal Justice System and may differ in other provinces.

victim, witnesses and the accused. If the accused is identified as being developmentally delayed, then this process may benefit from consultation with the accused's family members, support agencies and/or mental health care professionals.

Investigating police officers have some discretion to determine whether the investigation proceeds from an exploratory field investigation to a more intense investigation. A police investigation, for instance, may determine that the sexual incident in question could be best described as simply inappropriate in the social context and, therefore, not proceed to the next stage of investigation.

The following are two examples which illustrate this point. The first is an incident in which a developmentally delayed individual was charged with multiple sexual offences related to exposing himself to children in a park on a number of occasions. Upon closer examination of the circumstances of this case, it was revealed that the accused's daily routine included being picked up by a group home worker at a park near the end of the day. The accused, unable to wait until he arrived home, would relieve himself by urinating in the park as he awaited his ride. Instead of proceeding to a more intense investigation leading to the arrest of the accused, the best plan of action might have involved a referral to an appropriate agency where the behaviour may have been assessed and an intervention plan formulated. It is important to note, however, that not all sexual behaviours manifested by developmentally delayed individuals are as benign as this.

The second example describes a situation in which the police did not investigate a more serious incident perpetrated by an individual with developmental delay. The developmentally delayed individual was reported to the police after seriously physically assaulting a family member on numerous occasions. Upon the investigator's recognition that the suspect was developmentally delayed, the investigation was halted. Consequently, this abusive individual was not held legally accountable and did not receive the consequences for his or her actions.

The above examples illustrate the need for law enforcement personnel to understand developmentally delayed individuals. Consequences and interventions are important for individuals who exhibit abusive behaviour. A law enforcement official may be one of the first decision-makers who can help link these individuals with appropriate assessment and intervention.

Decision Point #2

To Proceed with Investigation or Not to Proceed with Investigation

Decision to Proceed with Investigation:

Law enforcement personnel have partial discretion in deciding whether or not to proceed with an investigation. A suspect's developmental delay should have no direct bearing on this decision. A decision to proceed with the investigation of a sexual offence perpetrated by a developmentally delayed individual introduces the suspect into the criminal justice system where they may be held accountable for his or her actions. A complete investigation should examine the environmental circumstances surrounding the incident.

Decision not to Proceed with Investigation:

A decision not to proceed with the investigation based solely on the knowledge that the suspect is developmentally delayed fails to hold the individual accountable for his or her behaviour. In addition, the individual is not identified as a sex offender and may not gain access to necessary assessment and treatment resources. Consequently, community safety could be compromised.

Recommendation:

Special training dealing with the following issues could be provided to police personnel:

- recognition of the indicators of developmental delay,
- effective communication strategies for dealing with developmentally delayed individuals,
- misconceptions about persons with developmental delay, and
- accessibility of community resources and family supports for individuals with developmental delay that may aid in investigations.

Recommendation:

Wallet-sized cards could be developed for law enforcement personnel, listing important information on the recognition of individuals with developmental delay, strategies for effective communication, and a phone number of an agency that can provide assistance in dealing with individuals with evelopmental delay.

Recommendation:

Collateral information on the individual's level of functioning and other pertinent background information from various sources should be available to the investigators with consent.

OTHER ISSUES:

Inculpatory Statements

Courts have long recognized that inculpatory statements (such as confessions) made by developmentally delayed individuals may be somewhat suspect. Individuals with developmental delay, as a group, may be more suggestible and predisposed to biased responding.[23] Questions that require yes/no responses may be particularly vulnerable to these response biases. Research has shown, for instance, that developmentally delayed individuals are more likely to answer such questions in the affirmative, even if the question posed does not make sense.

Inculpatory statements must be made voluntarily; the judge can and may rule inculpatory statements to be inadmissible if the judge has reasonable doubt as to whether the statements were made freely or voluntary and represented the operating mind of the accused. The judge will determine whether the accused can, of his or her free will, make a statement that unequivocally represents his or her rational view of what took place, fully appreciating his or her legal predicament and the consequences of providing such a statement.[24]

As a consequence of these court decisions, the police must consider the circumstances that might lead to a false confession. An inculpatory statement may be inadmissible in court if it can be shown that circumstances exist that made it reasonable to infer that the accused did not understand or appreciate his or her rights under Section 10(b) of the Canadian Charter of Rights and Freedoms "to retain and instruct counsel without delay and to be informed of that right." Individuals with developmental delay may have particular difficulty understanding their rights. A study in the U.S. has shown that juveniles less than 14 years of age and individuals with an IQ less than 80 are likely to have poor comprehension of the meaning of their rights.[25]

In Canada, it has been ruled that the duty of the police to inform the detainee of his or her right to counsel includes the duty to explain this right in a manner in which the detainee can understand. However, where "there is a positive indication that the accused does not understand his or her right to counsel, the police cannot rely on their mechanical recitation of the right to the accused; they must take steps to facilitate that understanding" (R. V. Evans).[26] Therefore the police have an obligation not only to inform a developmentally delayed accused of his or her rights but also to ensure that the accused understands these rights.

Recommendation:

The police should receive specialized training about informing developmentally delayed suspects of their Charter rights and determining if they understand these rights. A protocol should be developed, to be followed in the event that the individual does not understand their rights.

● ARREST:

The purposes of arresting a sex offender include:

- the protection of the community,
- the demonstration that sexually offensive behaviour is unacceptable, and
- the documentation that a sexual offence has occurred.

Police officers have some discretionary decision-making power with respect to charging an individual with a crime, although established protocols must be followed. For instance, police may choose not to charge an individual if charging that individual would not be to the betterment of the victim or the accused.

DECISION POINT #3

To Arrest or Not to Arrest

Decision to Arrest:

If appropriate and sufficient evidence that implicates the suspect in the commission of a sexual offence is obtained, the decision to arrest provides legal accountability and responsibility for the suspect's actions. Experiencing the consequences of his or her actions may be particularly important for developmentally delayed suspects who may not always receive consequences for their actions. Furthermore, the documentation of a sexual offence charge may be critical in order to obtain the necessary sex offender-specific assessment, treatment and support. In addition, arrest may address the denial and minimization issues that may be displayed by the offender, the offender's family, and supporting agencies or organizations.

Decision not to Arrest:

The decision not to arrest a developmentally delayed individual may be made even though there may be sufficient evidence that an offence occurred. Failure to arrest does not provide a process for offenders to accept responsibility for their behaviour and may reinforce developmentally delayed offenders' perceived notion that their behaviour is excused because of their disability and that they will suffer no consequences as a result of it.

Recommendation:

The purpose of the arrest, the seriousness of the offender's behaviour or the impact of this offence on the victim and the community do not differ because the offender is developmentally delayed. Thus, if appropriate and sufficient evidence exists implicating the suspect, it is recommended that the suspect be arrested.

● DIVERSION PROGRAMS:

Diversions are typically pre-trial procedures where crown counsel uses his or her discretion not to prosecute the charges against the person. Instead, the accused is referred to a mental health professional, service or hospital for treatment. Usually the criminal proceedings against the suspect are stayed. 'Diversion agreements' call for good ommunication and cooperation between the crown and defence counsel as well as adequate community support services and treatment options.

The criteria for a diversion are:

- the crown must be satisfied that there is a reasonable prospect of conviction,
- it is not contrary to public safety,
- discretion is used if the offender has prior criminal record or prior diversion, and
- diversion is not applicable for an offence that includes a weapon or violence (Class 1 and 2 offences can be diverted, but usually Class 3 offences cannot)

  Class 1 (theft under, joyriding)
  Class 2 (uttering threats, break and enter, theft, forgery)
  Class 3 (sexual assault, murder, robbery).[27]

The Crown Policy Manual[27] states that a diversion program is an appropriate response for mentally disordered offenders who may find themselves in conflict with the criminal justice system primarily because of their mental disorder.

Decision Point #4

To Divert or Not to Divert

Decision to Divert:

A diversion program can convey the concern of the courts in the absence of prosecution and incarceration. In addition, a diversionary program may provide a means of linking a developmentally delayed sex offender with rehabilitative services. There appear to be very few diversionary programs suitable for developmentally delayed individuals. This is unfortunate, given that these individuals may not be well served by incarceration where they are often victimized and where their rehabilitative needs are often not addressed.

Decision not to Divert:

Developmentally delayed individuals who commit a violent sexual offence, like their non-delayed counterparts, are not likely eligible for a diversionary program.

Recommendation:

Communities should work closely with the judicial system to ensure that appropriate diversionary programs are available to developmentally delayed individuals.

Recommendation:

The minimum requirement for allowing a developmentally delayed sex offender to be diverted from the criminal justice system should be the individual's admission of guilt and their willingness to participate in sex offender-specific treatment.

Participation in the diversionary program should be closely monitored and failure to comply with treatment should result in prosecution.

Recommendation:

A protocol for assessing the suitability of developmentally delayed sex offenders for diversion programs should be developed and implemented.

● Judicial Interim Release (Pre-Trial Release):

Accused persons who are not a danger to the public and can provide assurance of their attendance at trial, are typically not detained in custody. For most offences, the accused is brought before a Justice of the Peace for a judicial interim release hearing.

Decision Point #5

To Release or Not to Release

Decision to Release:

The *Criminal Code* sets out the criteria governing pre-trail release. If the developmentally delayed individuals do not pose a danger to the community and that their attendance at the trial is ensured, then it seems reasonable that they should be released before the trial.

Decision not to Release:

If the developmentally delayed suspect poses a direct threat to the community or their attendance cannot be ensured, then they should not be granted pre-trial release.

● Fitness to Stand Trial:

The concept of fitness to stand trial was born out of concern that the mentally ill or disabled accused may not have requisite mental capacity to participate in their trial and resultant convictions may be unfair. An accused must be aware of, and able to participate in, the court proceedings. The *Criminal Code of Canada* Sections 672.22 to 672.33 codified the law with respect to fitness to stand trial: "An accused is presumed fit to

stand trial unless the court is satisfied on the balance of probabilities that the accused is unfit to stand trial".

Section 2 defines unfit as "...unable on account of mental disorder to conduct a defence at any stage of the proceedings before a verdict is rendered or to instruct counsel to do so and, in particular, unable on account of mental disorder to

a) understand the nature or object of proceedings
b) understand the consequences of proceedings
c) communicate with counsel".

At present, individuals suspected of being unfit may be ordered to undergo an assessment to determine their fitness for trial. The *Criminal Code* does not specifically outline the procedural guidelines for a fitness assessment. The accused is required only to have minimal knowledge of the judicial process and is not required to demonstrate an ability to act in his or her best interest.

In Canada, assessment to determine an accused's fitness to stand trial must be conducted by a medical practitioner.

Many developmentally delayed individuals are fit to stand trial; that is, they have the requisite minimal knowledge of the judicial process and/or are able to instruct counsel to act on their behalf. But, given the range of cognitive abilities of developmentally delayed persons, there would also be some individuals who could not do these tasks. It is unclear, however, if these accused persons with developmental delay would be identified as such in the court process and assessed for fitness to stand trial.

Decision Point #6

Found Fit to Stand Trial or Not Fit to Stand Trial

Accused found Fit:

If the accused is found fit to stand trial, the accused continues through the criminal justice system.

Accused found Unfit:

Where the accused is found to be unfit to stand trial, the court or the Review Board will make a disposition for the accused in accordance with the criteria set out in the *Criminal Code*. The court or Review Board must consider the mental condition of the accused, the need to protect the public from dangerous persons, the reintegration of the accused into society and the other needs of the accused and make one of two possible dispositions that is the least onerous and least restrictive to the accused. The court or Review Board will generally order a conditional discharge [that is a discharge with conditions – for example to attend at their doctor regularly to live in a particular facility or community]. Where the accused is a significant threat to the safety of the public, the disposition will generally be that the accused be detained in custody in a hospital.

Upon finding an accused unfit, the court may, instead of making a disposition, order that the accused receive treatment. The court must be satisfied that the proposed treatment will likely make the accused fit to stand trial. The period of treatment cannot exceed 60 days. At the end of the treatment period, the court will again determine whether the accused is fit.

Where there is a change in the unfit accused's mental condition, the accused can apply to the court to have the issue of fitness determined. In addition, every two years the court must hold an inquiry to determine if sufficient evidence exists to put the accused on trial. If the Crown fails to satisfy the court that such evidence exists, the court will direct that an acquittal be entered.

An unfit accused must be represented by counsel. Where the accused does not have counsel, the court will appoint counsel to ensure the unfit accused's interests are protected.

Recommendation:

The requirement that the fitness assessment be performed by a medical practitioner should be re-examined. Ideally this evaluation should be conducted by a qualified professional (such as psychologist, social worker or nurse) with experience in working with developmentally delayed clients.

Recommendation:

Court officials, including judges and lawyers, should receive training on identification of individuals with developmental delay. This may help ensure that developmentally delayed individuals are identified and their particular needs addressed.

Recommendation:

Many developmentally delayed individuals may be very anxious and overwhelmed by the legal process. These emotions may interfere with their ability to understand and communicate about this process.

In some cases where a developmentally delayed accused is determined unfit to stand trial, it may be that a simple and concrete explanation of the court process, provided in a relaxed atmosphere by someone familiar with the accused, could assist that person in becoming fit to stand trial.

● Plea Bargaining:

The Crown and counsel for the accused may reach a plea agreement in some circumstances and following careful consideration, and the accused will plead guilty to a lesser or included offence. In general, research has shown that defendants with developmental delay are less likely to be offered and/or accept plea bargains.[20]

Decision Point #7

To Plea Bargain or Not to Plea Bargain

Decision to Plea Bargain:

A successful plea bargain decreases an accused's incarceration time. In some instances, a sex offender may plead guilty to a lesser non-sexual assault or property crime. Such a plea bargain agreement may be conceptually confusing for a developmentally delayed person who has sexually offended. This type of plea bargain agreement may reinforce the denial or minimization of the nature and extent of the sexual offence for the accused, the accused's family and/or supporting agency or organization.

Decision not to Plea Bargain:

The decision not to offer or accept a plea bargain may result in the accused serving a longer sentence than if a plea bargain were negotiated. However, the accused will be identified as a sex offender congruent with his or her offending behaviour and may be linked with appropriate rehabilitative services.

● Trial:

If the accused is found fit to stand trial, a trial is held to determine whether the accused is guilty or not guilty. If the accused is found guilty, a pre-sentence report may be requested to assist the court in considering whether a non-penal disposition may be imposed appropriately. Typically this report is prepared by a probation officer and provides information about the offender's resources within the community and other relevant information. At this time, a psychological or psychiatric assessment of the offender may also be ordered.

Recommendation:

As noted previously, developmentally delayed accused persons may find the legal process, including the trial, somewhat overwhelming. An informed, supportive approach should be provided in order to decrease their anxiety and to allow them to participate in the trial to the best of their abilities.

● Sentencing:

The requirements of the Criminal Code, as well as aggravating and mitigating factors, are taken into consideration when determining sentencing options.

Decision Point #8

Sentencing

Decision for a Sentence of Incarceration:

Imposing a sentence of incarceration may be appropriate if the developmentally delayed offender poses a danger to the community. As indicated

previously, however, the developmentally delayed offender may not always be well served by incarceration. Rehabilitative services appropriate for developmentally delayed offenders are not available in many correctional centres. In addition, research suggests that developmentally delayed individuals in prison are "more likely to be victimized, exploited and injured than other inmates. They are also more likely to be charged with disciplinary violations and...to serve longer sentences." [21]

If an offender is sentenced to incarceration, an assessment of his or her needs, including security needs, is performed. Within the federal system, the specific objectives of the assessment are to:

- collect relevant information on the offender,
- identify and address immediate needs of the offender,
- describe and analyze the offender's behaviour, and
- identify the offender's needs and treatment targets.

In some federal centres the needs of developmentally delayed sex offenders are specifically addressed. For example, in the North Star program[28] at the Regional Health Centre (Pacific) in B.C., a wide variety of assessment and treatment methods are used to specifically address the learning needs of developmentally delayed offenders.

In the Ontario provincial system, a developmentally delayed sex offender may be recommended to the Guelph Assessment and Treatment Unit (GATU) following an initial classification. Offenders may be referred to GATU for a variety of reasons, including the offence type (sexual or arson) and limited cognitive functioning. Upon admission, the offender's needs are determined by an assessment that includes interviews, behavioural observation, review of previous assessments and, if indicated, intellectual, personality and neuropsychological tests. While at GATU, offenders may participate in a number of treatment programs which are specifically tailored to address their cognitive abilities.

Decision for Community Supervision:

If community supervision is chosen, the offender is supervised by probation or parole officers. The probation order may contain conditions of attendance or participation at various community treatment or support services.

There are two conditions under which an offender can be directed to community supervision. In the first instance, an offender found guilty may receive an order of probation in the community for up to three years. In the second instance, an offender may be given an order for probation following the completion of the sentence.

Recommendation:

Special training should be provided for probation and parole officers in issues involving:

- recognition of the indicators of developmental delay,
- effective communication strategies for dealing with developmentally delayed individuals,
- misconceptions about persons with developmental delay, and
- the availability of community or family supports for indivicuals with developmental delay that may aid in community supervision.

Recommendation:

Strategies for ensuring the safety and protection of developmentally delayed sex offenders in correctional facilities should be considered.

Recommendation:

If a developmentally delayed sex offender is sentenced to serve time in a correctional facility, appropriate rehabilitative services should be available upon entry.

Recommendation:

Mechanisms should be in place to ensure a flow of relevant information between probation officers and treatment providers.

● Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder (NCR-MD):

It is generally accepted that a person should not be punished if that person is found not to be responsible. Early common law allowed for mentally ill or developmentally delayed individuals who had committed criminal acts to be found not guilty by reason of insanity (NGRI).

The concept of "insanity" has been replaced by "not criminally responsible while suffering from a mental disorder" (NCR-MD). Section 16 of the Criminal Code states:

"No person is criminally responsible for an act committed or an omission made while suffering from a mental disorder that rendered the person incapable of appreciating the nature and quality of the act or omission or of knowing that it was wrong."

The Criminal Code defines "mental disorder" as "a disease of the mind" (section 2). This is an imprecise definition and the scope of mental disorders subsumed by this category is unclear. Theoretically, a developmental delay is subsumed within the category of mental disorder. However, a developmental delay is a condition characterized by learning and cognitive limitations, rather than a mental illness/disorder.

Decision Point #9

Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder

Decision for NCR-MD:

If an accused is found not criminally responsible on account of mental disorder, the court or Review Board will make the appropriate disposition in accordance with the criteria set out in s. 672.54 of the *Criminal Code*. The court or Review Board may make one of three dispositions – absolute discharge, conditional discharge or custody in hospital. The court or Review Board must consider the need to protect the public from dangerous persons, the mental condition of the accused, the reintegration of the accused into society and other needs of the accused and then must make the disposition that is the least onerous and least restrictive to the accused. The court or Review Board will generally order detention in hospital only where satisfied that the accused is a significant threat to the safety of the public. The disposition (other than an absolute discharge) is reviewed annually (or in some cases more frequently).

Legislation to cap the outer limits of a disposition has never been proclaimed.

As indicated previously, a developmental delay pertains to learning and cognitive limitations rather than to mental illness. It is not a condition amenable to treatment; hospital detention will not normally change the functioning level of a developmentally delayed person. Although developmentally delayed persons are amenable to treatment to address a variety of problematic behaviours and mental disorders, treatment will not typically change their developmental delay.

Decision against NCR-MD:

If an accused is found guilty and criminally responsible, a sentence is imposed.

Conclusions

The above discussion highlights the many questions raised about developmentally delayed sex offenders within the criminal justice system. There is a need for further exploration and research to clarify issues and provide directions which may better serve the needs of developmentally delayed persons and society.

It is very important that individuals with developmental delay be identified as such early in the justice system process. If not identified, these individuals may be misunderstood, and face many injustices in the system, and their rehabilitative needs may not be addressed.

Training strategies in disabilities and capabilities of individuals with developmental delay should be provided to defence lawyers, crowns, judges, court personnel, probation and parole officers, law enforcement personnel and criminal justice policy makers in order to increase the likelihood that individuals with developmental delay will be identified and treated appropriately within the system. There is need for ongoing collaboration between the criminal justice system and professionals and agencies serving developmentally delayed persons to ensure access to rehabilitative services for these offenders.

In addition, an advisory body with expertise in the special issues and needs of developmentally delayed persons should be established. This body would provide consultation and resource information to judges, crowns, police and defence attorneys.

The Ontario Mental Disorder and Justice Review Project suggests that some courts, judges, justices of the peace, defence counsels and crown attorneys should specialize in dealing with mentally ill accused. We support this initiative and further suggest that there should be specialization which focuses on developmentally delayed individuals as well.

Broad Recommendations

One of the most important issues arising from all committee discussions was the need for early prevention of sexually inappropriate and offending behaviour by developmentally delayed individuals. To this end, we recommend that education programs should be widely available for developmentally delayed persons of all ages to assist them in developing healthy and responsible expressions of sexuality. In addition, service providers, parents, teachers and others need training to identify and intervene in early manifestations of sexually inappropriate or offensive behaviours by individuals with developmental delay.

Sexual offending by individuals with developmental delay is a community problem. The occurrence and investigation of these behaviours, and the apprehension, prosecution and treatment of these individuals fall under the umbrella of many different agencies and organizations, each with its own philosophy and mandate. The ultimate goal should be to develop a common philosophy and approach for addressing this problem. In addition, the roles of the various agencies need to be co-ordinated so that there is a comprehensive continuum of services and care for the developmentally delayed individuals who sexually offend. We hope that the work of this project will make a contribution to this process.

We began this project with a certain degree of enthusiasm, determination and, perhaps, naïveté. We wanted to examine developmentally delayed individuals who had committed sexual offences and their interactions with the mental health and legal systems. As the project evolved we were awed by the scope of this task and the project seemed to get bigger the longer we thought about it. In the end, we believe that the guide we have created is a starting point for a discussion about the needs of developmentally delayed sex offenders. The issues are many and complex and they vary from community to community. It goes without saying that more research is badly needed. In the meantime, we have a responsibility to our clients to be creative and develop options that both maintain their quality of life and ensure the safety of our communities.

Advisory Committee

Howard Barbaree
Clarke Institute of Psychiatry

Frank Basile
Metropolitan Toronto Association for Community Living

Shirley Broekstra
Clarke Institute of Psychiatry

Patricia Clemens
Metro Toronto Police

Caroline Hunter
Morphy Centre

Christine Kalkams
Toronto East Detention Centre

Karyn Kennedy
Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse

Mike McAuliffe
Catholic Children's Aid Society

Charles Menendez
Surrey Place Centre

Nitza Perlman
Surrey Place Centre

Dianne Scarcello
Community Occupational Therapy Associates (COTA)

Rochelle Spekkens
REENA Foundation

Judy Tudiver
J.D. Griffin Adolescent Centre

Marilyn Vasilkioti
Oolagen Community Services

Clinical Practice Subcommittee

Judy Tudiver (chair)
J.D. Griffin Adolescent Centre

Shirley Broekstra
Clarke Institute of Psychiatry

Deanne Dannell
J.D. Griffin Adolescent Centre

Sheena Josselyn
Clarke Institute of Psychiatry

Charles Menendez
Surrey Place Centre

Dianne Scarcello
Community Occupational Therapy Associates (COTA)

Rochelle Spekkens
REENA Foundation

Marilyn Vasilkioti
Oolagen Community Services

We would also like to gratefully acknowledge the input from:

Christine Kalkams
Toronto East Detention Centre

Angie Nethercott
York Behavioural Management Services

Justice Subcommittee

Shirley Broekstra (chair)
Clarke Institute of Psychiatry

Frank Basile
Metropolitan Toronto Association for Community Living

Jeff Blayways
Barrister & Solicitor

Patricia Clements
Metro Toronto Police

Diane Farr
Guelph Correctional Centre

Barry Gang
Ministry of the Attorney General

Julian Gojer
Clarke Institute of Psychiatry

Alexander Greer
Clarke Institute of Psychiatry

Rick Gwozdowski
Queen Street Mental Health Centre

Caroline Hunter
Morphy Centre

Sheena Josselyn
Clarke Institute of Psychiatry

Diane MacInnis
Metro Toronto Police

Richard Meen
Thistletown Regional Centre

Marnie Russel
Whitby Mental Health Centre

Judy Tudiver
J.D. Griffin Adolescent Centre

Marilyn Vasilkiotti
Oolagen Community Services

We would also like to gratefully acknowledge the input from:

Timothy Danson
Danson, Recht and Freedman

Endnotes

1. Swanson, C.K. & Garwick, G.B. (1990). Treatment for low-functioning sex offenders: Group therapy and interagency coordination. Mental Retardation, 28, 155-161.
2. Luckasson, R., Coulter, D.L., Pollowas, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnick, D.M., & Stark, J.A. (1992). Mental Retardation: Definitions, Classification and System of Supports. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
3. Selling, L.S. (1939). Types of behaviour manifested by feebleminded sex offenders. Proceedings from the American Action on Mental Deficiency, 14, 178-186.
4. Day, K. (1993). Crime and mental retardation: A review. In K. Howell & C.R. Hollins (Eds.). Clinical Approaches to the Mentally Disordered Offender. Chichester: John Wiley.
5. Coleman, E.M. (1996). Keynote Speaker. Addressing the Needs of the Developmentally Delayed Sex Offenders: Planning a Community Response Conference. March 6, 1996, Toronto, Ontario.
6. Deischer J. (1973). Adolescent sex offenders. Psychological Bulletin, 101, 417-427.
7. Ryan, G. (1991). Perpetration Prevention: Primary and Secondary. In G. Ryan & S. Lane (Eds.). Juvenile Sexual Offending: Cause, Consequences and Correction (393-407). Lexington, MA: Lexington Books.
8. Murphy, W.D., Coleman, E.M. & Haynes, M.R. (1983). "Treatment and Evaluation Issues with the Mentally Retarded Sex Offender." In J.G. Greer & I.R. Stuart (Eds.). The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment (pp. 22-41). New York: Van Nostrand Reinhold.
9. Griffiths, D., Hingsburger, D. & Christian, R. (1985). Treating developmentally handicapped sexual offenders: The York Behaviour Management Services Treatment Program. Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews, 4, 49-53.
10. Day, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. British Journal of Psychiatry, 165, 630-639.
11. Barbaree, H.E. & Marshall, W.L. (1988). Deviant sexual arousal, offence history and demographic variables as predictors of reoffence among child molesters. Behavioural Sciences and the Law, 6, 267-280.
12. Gilby, R., Wolf, L. & Goldberg, B. (1989). Mentally retarded adolescent sex offenders. A survey and pilot study. Canadian Journal of Psychiatry, 34, 542-548.
13. Vizard, E., Monk, E. & Misch, P. (1995). Child Abuse and Adolescent Sex Abuse Perpetrators: A Review of the Research Literature. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36(5), 731-756.
14 Barbaree, H.E., Seto, M.C. (1995). The Role of Alcohol in Sexual Aggression. Clinical Psychology Review, 15(6), 545-566.
15 Mathews, R., Matthews, J.K., & Speltz, K. (1989). Female Sex Offenders. The Safer Society Press, Orwell, VT.
16 Kirchner, L., Saliga, C.A. & Loschen, E.L. (1995). Women's Issues in Persons with Dual Diagnosis. The NADD Newsletter, 12(3), 1-4.
17. Adapted from Best Practice Guidelines developed by the Adult Sex Offender Services Committee of Toronto, 1995.
18. Appelbaum, P.S. & Grisso, T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. New England Journal of Medicine, 319, 1635-1638.

Endnotes

19. Buck v. Bell, 274 US 200, 207 (1927).

20. Brown, B.S. & Courtless, T.S. (1971). The mentally retarded offender. Rockville MD: National Institute for Mental Health, Centre for Studies of Crime and Delinquency.

21. Ellis, J.W. & Luckasson, R.A. (1985). Mentally Retarded Criminal Defendants. George Washington Law Review, 53, 414-493.

22. Denkowski, G.C. & Denkowski, R.M. (1985). The mentally retarded offender in the state prison system: Identification, prevalence, adjustment and rehabilitation. Criminal Justice & Behaviour, 12, 55-70.

23. Gudjonsson, G. (1983). Suggestibility, intelligence, memory, recall and personality. An experimental study. British Journal of Psychiatry, 142, 35-37.

24. Ward V. Regina (1979) 44 C.C. C. (2d) 498.

25. Grisso, T. (1986). Evaluating Competencies: Forensic Assessment and Instruments. New York: Plenum Press.

26. R.V. Evans, Martin's Criminal Code (1991). p. 305.

27. Crown Policy Manual. Ministry of Attorney General, Toronto, Ontario, 1995.

28. Boer, D., Dorward, J., Gauthier, C., and Watson, D. (1995). Treating intellectually disabled sex offenders. Regional Health Centre (Pacific), Correctional Service of Canada.

Selected Bibliography

Caparulo, F. (1987). A comprehensive evaluation of the intellectually disabled sex offender. Orange, CT: The Centre for Sexual Health and Education, Inc.

Caparulo, F. (1991). Identifying the developmentally disabled sex offender: Sexuality and Disability, 9, 311-322.

Conley, R.W., Luckasson, R., & Bouthilet, G. N. (1992). The criminal justice system and mental retardation: Defendants and victims. Baltimore, MD, Paul H. Brookes Publishing.

Craft, A., & Craft, M. (1981). Sexuality and mental handicap: A review. British Journal of Psychiatry, 139, 494-505.

Day, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. British Journal of Psychiatry, 165, 630-639.

Demetral, G.D. (1993). Assessing counterfeit deviance in persons with developmental disabilities. A ecological assessment inventory. The Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 12, 1-7.

Denkowski, G.C., & Denkowski, K.M. (1985). The mentally retarded offender in the state prison system: Identification, prevalence, adjustment, and rehabilitation. Criminal Justice and Behaviour, 12, 55-70.

Gilby, R., Wolf, L., & Goldberg, B. (1989). Mentally retarded adolescent sex offenders. A survey and pilot study. Canadian Journal of Psychiatry, 34, 542-548.

Griffiths, D., Hingsburger, D. & Christian, R. (1985). Treating developmentally handicapped sexual offenders: The York Behaviour Management ServicesTtreatment Program. Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews, 4, 49-53.

Hingsburger, D., Griffiths, D., & Quinsey, V. (1991). Detecting counterfeit deviance. Differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness. The Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 10, 51-54.

McAfee, J.K., & Gural, M. (1988). Individuals with mental retardation and the criminal justice system: The view from States' attorneys general. Mental Retardation, 26, 5-12.

Murphy, W.E., Coleman, M.A., & Haynes, M.R. (1983). "Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender." In J.G. Greer & I.R. Studart (Eds.)., The Sexual Aggressor. NY: Van Nostrand Reinhold, Co., Inc.

Myers, B.A. (1991). Treatment of sexual offences by persons with developmental disabilities. American Journal of Mental Retardation, 95, 563-569.

Ryan, G. (1991). "Perpetration Prevention: Primary and Secondary" in Ryan, G. and Lane, S. (Eds.). Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences and Correction. Lexington, MA: Lexington Books, 393-407.

Schilling, R.R., & Schinke, S.P. (1989). Mentally retarded sex offenders: Fact, fiction and treatment. Journal of Social Work and Human Sexuality, 7, 33-49.

Schoen, J., & Hoover, J.H. (1990). Mentally retarded sex offenders. Journal of Offender Rehabilitation, 16, 81-91.

Swanson, C.K., & Garwick, G.B. (1990). Treatment for low-functioning sex offenders: Group therapy and interagency coordination. Mental Retardation, 28, 155-161.

Tudiver, J.G. (1992). Treating developmentally disabled adolescents who have committed sexual abuse. SIECCAN Newsletter, 27, 5-10.

Santé Canada Health Canada

Comment répondre aux besoins des délinquants sexuels ayant un retard de développement

UN GUIDE

Canada

Comment répondre aux besoins

des délinquants sexuels ayant un retard de développement

UN GUIDE

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Comment répondre aux besoins des délinquants sexuels ayant un retard de développement – Un guide a été rédigé par ***Judy Tudiver, Shirley Broekstra, Sheena Josselyn*** et ***Howard Barbaree*** pour l'Unité de la prévention de la violence familiale de Santé Canada.

Also available in English under the title: ***Addressing the Needs of Developmentally Delayed Sex Offenders – A Guide***

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs(es) et ne reflètent pas nécessairement les vues de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à toute autre fin est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication dans des formats de substitution.

Pour de plus amples renseignements au sujet de la violence familiale, veuillez communiquer avec le :

Centre national d'information sur la violence dans la famille
Santé Canada
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Division des questions relatives à la santé
Indice de l'adresse : 1907D1
7e étage, Édifice Jeanne-Mance, Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 1B4 Canada
Téléphone : 1-800-267-1291 ou (613) 957-2938
Télécopieur : (613) 941-8930
Téléimprimeur : 1-888-267-1233 ou (613) 941-7285
ATME : 1-800-561-5643 ou (613) 952-6396
Page d'accueil Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn

©Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2000
Cat. H72-21/155-1998F
ISBN 0-662-82692-2

Table des matières

	Page
Auteurs	*ii*
Préface	*1*
Introduction	*2*
Définitions	*3*
Mythes et stéréotypes entourant la sexualité des personnes ayant un retard de développement	*4*
Comportements sexuels à problème	*6*
La documentation	*8*
Résultats du sondage	*10*
Directives de pratique clinique	*16*
Questions relatives à la justice pénale	*24*
Conclusions	*36*
Grandes recommandations	*37*
Comité consultatif	*38*
Sous-comité des pratiques cliniques	*38*
Sous-comité de la justice	*39*
Notes	*40*
Bibliographie	*42*

Auteurs

Principaux chercheurs

Judy Tudiver, Ph.D.
Psychologue consultante
J.D. Griffin Adolescent Centre
24 Silverview Drive
Willowdale (Ontario)

Shirley Broekstra, RN, HBA
Coordonnatrice de l'extension communautaire
Division de psychiatrie légale
Institut psychiatrique Clarke
250, rue College
Toronto (Ontario)

Sheena Josselyn, Ph.D.
Division de psychiatrie légale
Institut psychiatrique Clarke

Howard Barbaree, Ph.D.
Chef de la Division de psychiatrie légale
Institut psychiatrique Clarke

Personnel de soutien affecté au projet

Assistante de recherche

Alexandra Maric, HBA
Division de psychiatrie légale
Institut psychiatrique Clarke

Adjointe de projet

Kimberley Brown, HBA
Division de psychiatrie légale
Institut psychiatrique Clarke

Nous aimerions également remercier les personnes suivantes de leur participation très enrichissante à ce projet :

Alexander Greer, JD
Division de psychiatrie légale
Institut psychiatrique Clarke

Charles Menendez, Ph.D.
Surrey Place Centre

Rochelle Spekkens, MSW
REENA Foundation

Marilyn Vasilkioti, MSW
Oolagen Community Services

Préface

Au cours de l'automne 1993, la Division de psychiatrie légale de l'Institut psychiatrique Clarke a mené un sondage visant à déterminer les services dont les programmes communautaires d'évaluation et de traitement des délinquants sexuels ont besoin. Ce sondage a été mené auprès d'une grande diversité d'organismes de santé mentale, de services sociaux et de services correctionnels qui oeuvrent auprès de cette population.

Les répondants ont fait remarquer que les services offerts aux délinquants sexuels ayant un retard de développement étaient extrêmement limités. Ils ont également souligné que la demande de services pour cette population était de plus en plus grande. Ils ont expliqué qu'avec les connaissances, la formation et les ressources actuelles, ils se sentaient incapables de répondre à la demande.

Dans la foulée de ce sondage, les principaux auteurs ont obtenu à l'automne 1995 une subvention de Santé Canada (Division de la prévention de la violence familiale) pour rédiger un guide portant spécifiquement sur les délinquants sexuels ayant un retard de développement.

Un comité consultatif a été créé pour orienter l'élaboration de ce guide. Ce comité se composait d'une variété de professionnels qui travaillent avec les délinquants sexuels ou qui offrent des services aux personnes ayant un retard de développement. Deux sous-comités ont également été mis sur pied. L'un d'eux était chargé d'élaborer un ensemble de directives de pratique clinique à suivre pour évaluer et traiter les délinquants sexuels atteints d'un retard de développement. L'autre sous-comité devait étudier les interactions qui existaient entre les personnes ayant un retard de développement qui ont commis un délit sexuel et le système de justice pénale.

Une journée de consultation communautaire a également été tenue afin de déterminer les ressources en place ainsi que les lacunes dans la prestation des services. La communauté a relevé les avantages des ressources d'évaluation offertes à cette population. Les choix de traitement et de gestion étaient toutefois jugés très limités. La communauté a également exprimé de sérieuses inquiétudes à l'égard du manque d'établissements pour les personnes présentant un risque élevé de récidive. Les consultations ont fait ressortir que le groupe de jeunes à l'âge de transition (18 à 21 ans) et les personnes ayant un retard de développement et une maladie mentale grave étaient particulièrement mal servis.

D'autres éléments ont également été mis en lumière, notamment le besoin d'éducation et de formation spécialisées pour le personnel travaillant dans des établissements et des foyers ainsi que la nécessité d'améliorer la gestion et la coordination de cas.

Introduction

Ce projet visait à mieux comprendre les délinquants sexuels ayant un retard de développement et à décrire leurs délits et leurs victimes. À cette fin, nous avons fait un sondage, dont les résultats sont présentés dans ce guide.

Aperçu du guide

Lecteurs cibles

Ce guide s'adresse aux personnes qui travaillent avec des personnes ayant un retard de développement, y compris les fournisseurs de service, les professionnels de la santé mentale, les avocats, les policiers, le personnel des cours de justice, les services de protection de l'enfance et les bénévoles ainsi que les clients et leur famille.*

Objectifs du guide

Les grands objectifs de ce guide sont les suivants :

- créer un cadre conceptuel à l'intérieur duquel nous pouvons examiner les comportements sexuels à problème des personnes ayant un retard de développement;
- étudier les rapports de recherche portant sur les personnes ayant un retard de développement qui ont commis des délits sexuels;
- décrire les caractéristiques des personnes ayant un retard de développement qui ont manifesté des comportements sexuels inacceptables ou offensants;
- décrire les types de comportements sexuels inacceptables ou offensants des personnes ayant un retard de développement;
- décrire des directives de pratique clinique à suivre pour procéder à l'évaluation et au traitement des personnes ayant un retard de développement qui ont un comportement sexuel offensant; et
- examiner le rôle que joue le système de justice pénale dans le traitement des délinquants sexuels ayant un retard de développement.

Contexte

La société comprend très mal la sexualité normale des personnes ayant un retard de développement. Trop souvent, le système de santé mentale et le système judiciaire adhèrent aux mythes et aux stéréotypes concernant la sexualité de ce groupe. Depuis toujours, ces deux systèmes sont mal équipés pour traiter les personnes ayant un retard de développement qui manifestent un comportement sexuel inacceptable ou offensant. Swanson et Garwick (1990) ont probablement cerné les attitudes actuelles de nos communautés à l'égard des personnes ayant un retard de développement qui ont commis des délits sexuels lorsqu'ils ont dit que «les délits sexuels commis par des personnes ayant des retards mentaux sont ignorés le plus longtemps possible, puis abordés comme s'il s'agissait d'une crise et traités de manière fragmentée et importune».[1]

Comme dans tous les autres groupes, la vaste majorité des gens ayant un retard de développement sont de bons citoyens respectueux des lois. Il existe toutefois parmi eux un petit pourcentage dont le comportement sexuel est considéré socialement inacceptable ou reconnu comme un délit criminel en vertu du *Code criminel du Canada.*

Ce guide relève certaines erreurs et fausses conceptions que notre société entretient à l'égard du comportement sexuel des personnes ayant un retard de développement. Les auteurs recommandent également des approches à l'évaluation et au traitement qui sont à la fois proactives et respectueuses de ces personnes. Enfin, ce guide donne un aperçu de la façon dont le système de justice pénale traite les délinquants sexuels ayant un retard de développement et recommande des interventions permettant de mieux répondre à leurs besoins.

* Le masculin est utilisé afin de fsciliter la lecture de cette publication mais inclut les femmes et les hommes qui travaillent avec des personnes ayant un retard de développement ainsi que les clientes et les clients et leur famille.

Définitions

Retard de développement

Beaucoup de termes sont utilisés pour désigner les personnes dont le fonctionnement intellectuel est limité : personnes ayant un retard de développement, handicapés développementaux, déficients intellectuels et arriérés mentaux, pour n'en nommer que quelques-uns. On s'entend très peu sur celui qui convient le mieux. Pour les besoins de ce guide, nous adopterons le terme «personnes ayant un retard de développement», retard de développement étant synonyme d'arriération mentale tel que le définit l'American Association on Mental Retardation (AAMR).

Par retard de développement, on entend des limitations importantes du fonctionnement actuel qui se sont installées avant l'âge de 18 ans. Ces retards prennent la forme d'un fonctionnement intellectuel de beaucoup inférieur à la moyenne qui s'accompagne d'incapacités dans deux ou plus des habiletés adaptatives suivantes : communication, soins ersonnels, vie à domicile, capacités sociales, apport communautaire, autodétermination, santé et sécurité, rendement scolaire fonctionnel, loisirs et travail.[2]

Lorsque nous décrivons les personnes ayant un retard de développement, il est important de tenir compte de leur niveau de fonctionnement adaptatif en plus de leur quotient intellectuel, puisque deux personnes ayant le même quotient intellectuel peuvent présenter un fonctionnement et un comportement social très différents.

Les personnes ayant un retard de développement représentent de 2,5 à 3 % de l'ensemble de la population.[2]

Délinquant sexuel

Dans ce guide, nous utilisons le terme «délinquants sexuels» pour désigner les personnes qui ont commis des actes sexuels interdits par la loi.

Cette définition inclut :

- tout contact sexuel avec une autre personne sans son consentement; et
- tout contact sexuel entre un adulte et un enfant.

On ne connaît pas la prévalence des délits sexuels chez les personnes ayant un retard de développement. Cette situation s'explique en partie par le fait que les fournisseurs de service sont réticents à catégoriser ce comportement avec précision. Nous savons par expérience que beaucoup de fournisseurs de service et de professionnels sont très souvent portés à ne pas considérer les agressions sexuelles infligées par les personnes ayant un retard de développement comme des «délits» sexuels parce qu'ils ne veulent pas limiter l'accès de ces personnes aux services de logement et aux autres services de soutien.

Plusieurs rapports[3,4] suggèrent que les délits sexuels sont aussi prévalents, sinon plus prévalents parmi les personnes ayant un retard de développement que parmi les personnes qui n'ont pas de tel retard. Par exemple, Day (1994) a récemment découvert une surreprésentation de délits sexuels chez les personnes ayant un retard de développement, surreprésentation qui ne pouvait être expliquée par les taux différentiels d'arrestations et de condamnations.

Une chose est certaine : pour mesurer l'ampleur du problème, nous devons tout d'abord définir le problème convenablement, le signaler avec exactitude et faire des recherches plus poussées.

Mythes et stéréotypes entourant la sexualité des personnes ayant un retard de développement

LES MYTHES ET LES STÉRÉOTYPES ABONDENT lorsqu'il est question de la sexualité des personnes ayant un retard de développement. Si nous voulons reconnaître et changer le comportement sexuel offensant de certaines de ces personnes, la mesure dans laquelle nous acceptons et sanctionnons ces mythes a de profondes implications.

MYTHE N°1

Les personnes ayant un retard de développement sont ou bien sexuellement impulsives, ou bien puériles et asexuées

La réalité et le mythe n°1

Il existe toute une gamme de comportements sexuels. Les comportements décrits ci-dessus représentent deux extrêmes. La plupart des comportements sexuels, y compris ceux des personnes ayant un retard de développement, se situent quelque part entre ces deux extrêmes.

Conséquences du mythe n°1

Cette fausse dichotomisation de la personne ayant un retard de développement a de sérieuses implications. Si la société et les fournisseurs de service perçoivent cette personne comme étant sexuellement très impulsives, son comportement sera perçu comme étant incontrôlable. Une solution serait d'incarcérer le délinquant ayant un retard de développement ou de le placer sous surveillance individuelle. En plus d'être coûteuses, ces options ne donnent pas au délinquant sexuel la possibilité de modifier son comportement.

D'autre part, si une personne est considérée comme étant puérile et asexuée, son comportement sexuel offensant sera probablement nié ou minimisé. Il pourrait être difficile de reconnaître un incident comme étant un acte d'agression sexuelle, puisque la personne, comme un enfant, serait perçue comme étant passablement impuissante. Si un incident sexuel est nié ou minimisé, aucune intervention n'est requise puisqu'il n'y a pas, dans cette façon de voir les choses, de problème sérieux.

En fait, si nous nions ou minimisons l'impact d'un comportement offensant, nous éliminons les conséquences des gestes de la personne et nous lui enlevons la possibilité d'apprendre à adopter un comportement sexuel plus convenable. De plus, cette stratégie ne fait pas entrer en ligne de compte les besoins de sécurité de la communauté.

MYTHE N°2

Les personnes ayant un retard de développement qui commettent des délits sexuels à l'endroit des enfants ne font tout simplement qu'interagir avec des égaux sur le plan affectif ou intellectuel

La réalité et le mythe n°2

Bien que certains considèrent que les personnes ayant un retard de développement ont un «âge mental» bas, ces personnes ne sont pas pareilles aux enfants. Les adultes ayant un retard de développement diffèrent des enfants par leur taille, leur passé et les choix de vie qu'ils peuvent faire.

Mythes et stéréotypes entourant la sexualité des personnes ayant un retard de développement

Conséquences du mythe n°2

Lorsque nous sanctionnons le mythe n°2, la personne ayant un retard de développement est perçue comme interagissant avec des pairs et comme ne faisant rien de mal. Ici aussi, la personne ayant un retard de développement n'est pas tenue responsable de son comportement offensant et n'a pas non plus la chance de changer de comportement. Encore une fois, la sécurité de la communauté n'entre pas en ligne de compte.

MYTHE N°3

Les personnes ayant un retard de développement qui ont commis un délit sexuel sont incapables de comprendre qu'elles ont fait quelque chose de mal.

La réalité et le mythe n°3

La plupart des personnes ayant un retard de développement sont capables de faire la distinction entre ce qui est bien et ce qui est mal dans la plupart des aspects de leur vie.

Conséquences du mythe n°3

Si l'on croit que les personnes ayant un retard de développement sont incapables de faire la distinction entre le bien et le mal, on croira forcément qu'elles ne bénéficieraient ni d'être tenues responsables de leurs gestes, ni des interventions visant à modifier leur comportement offensant. Par conséquent, aucun traitement pour réduire le risque de récidive ne leur serait offert. Comme les mythes précédents, celui-ci prive les délinquants sexuels ayant un retard de développement de la possibilité de modifier leur comportement. Ce mythe conduit inévitablement à une solution de restriction plutôt que de réadaptation.

MYTHE N°4

Aucun traitement ne peut profiter aux personnes ayant un retard de développement qui commettent des délits sexuels.

La réalité et le mythe n°4

La recherche a démontré que, chez les délinquants sexuels qui n'ont pas de retard de développement, le traitement conçu spécifiquement pour les délinquants sexuels peut réduire le taux de récidive. Bien que la recherche soit limitée, l'expérience clinique démontre que le traitement spécialisé pourrait aussi réduire le taux de récidive chez les délinquants sexuels ayant un retard de développement. Des interventions efficaces pourraient permettre à ces personnes de mieux gérer leur vie tout en visant leur réinsertion dans la communauté.

Conséquences du mythe n°4

Si l'on croit que le traitement ne peut pas servir aux délinquants sexuels ayant un retard de développement, il s'ensuit, encore une fois, que les interventions seraient limitées et qu'aucun traitement ne leur serait offert. Le danger pour la communauté et pour le délinquant sexuel serait accru. En acceptant ce mythe, nous réduisons les chances de réinsertion dans la communauté des personnes ayant un retard de développement qui ont commis un délit sexuel.

Comportements sexuels à problème

Aperçu des comportements sexuels à problème des personnes ayant un retard de développement[5]

La sexualité fait partie intégrante de la vie de chacun. L'expression sexuelle des personnes ayant un retard de développement provoque souvent de fortes réactions chez bien des gens, y compris des professionnels. C'est ce que nous avons constaté en examinant les attitudes du personnel dans des établissements à l'égard de l'expression sexuelle acceptable du point de vue de la loi de leurs clients ayant un retard de développement. Une étude a révélé que seulement 25 % du personnel ont indiqué qu'ils permettraient aux résidants ayant un retard de développement d'avoir des interactions sexuelles. Cinquante pour cent du personnel était d'avis que les interactions sexuelles entre les résidants devraient être limitées, et 25 % estimait que les interactions sexuelles ne devraient pas être permises.[6]

Très souvent, ces attitudes restrictives et incompatibles des soignants sèment la confusion chez les personnes ayant un retard de développement. Ces attitudes font aussi que les fournisseurs de service ont beaucoup de mal à distinguer avec cohérence les comportements sexuels normaux, inacceptables, illégaux ou à problème de leurs clients. Voici donc un cadre permettant de catégoriser les comportements sexuels des personnes ayant un retard de développement.

Comportement sexuel «normal»

Un comportement sexuel normal est une activité sexuelle à laquelle les participants consentent de plein gré, qui se déroule dans les limites des normes sociales ordinaires quant au moment et à l'endroit et qui n'exploite ni n'abaisse personne. Toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, le manque d'information et les attitudes généralement restrictives à l'égard des personnes ayant un retard de développement peuvent favoriser la perception selon laquelle l'expression sexuelle de ces gens est toujours «anormale» ou nécessite toujours une aide professionnelle. Par exemple, il n'est pas rare que les établissements pour personnes ayant un retard de développement aient des politiques générales qui interdisent les interactions sexuelles entre adultes ayant un retard de développement. Les interactions consensuelles et licites sont interdites tout autant que les interactions sexuelles exploitantes, coercitives et illégales. Lorsque tous les comportements sexuels sont jugés mauvais, les personnes ayant un retard de développement n'apprennent pas à faire la distinction entre les activés sexuelles qui sont correctes et celles qui sont incorrectes.

Dans une certaine mesure, l'acceptation sociale de l'expression sexuelle dépend de l'endroit où l'activité a lieu. Un comportement sexuel comme la masturbation est considéré socialement acceptable lorsqu'il se déroule en privé, mais sociaiement inacceptable lorsqu'il se déroule en public.

Étant donné que beaucoup de personnes ayant un retard de développement n'ont pas la possibilité de passer du temps seules, en privé, il n'est pas étonnant que leurs activités sexuelles aient lieu assez fréquemment dans des endroits où ce n'est pas convenable.

Cette situation fait ressortir l'importance de mettre les comportements sexuels à problème des personnes ayant un retard de développement dans leur contexte pour les interpréter. Une évaluation appropriée, par exemple, établira la raison pour laquelle une personne ayant un retard de développement se masturbe en public – si c'est par manque de vie privée ou pour d'autres raisons.

Comportements sexuels à problème

Comportement sexuel inacceptable

Par comportement sexuel inacceptable, on entend une activité sexuelle qui enfreint les normes sociales ordinaires, qui fait ressortir un besoin d'éducation sociale ou sexuelle, mais qui est dépourvue de toute intention de faire mal à d'autres. Le comportement sexuel inacceptable peut résulter des restrictions du milieu, du manque de limites établies, d'aptitudes sociales sous-développées, d'un manque d'information sur l'expression sexuelle acceptable ou de la ségrégation. Ce comportement s'expliquera par la manière dont la personne ayant un retard de développement a été éduquée ou élevée, plutôt que par le motif ou le désir de commettre un délit. Si le comportement sexuel inacceptable n'est pas corrigé adéquatement, il peut, dans certains cas, dégénérer en comportement offensant.

Comportement sexuel offensant

On qualifie de comportement sexuel offensant tous les contacts sexuels avec une personne sans son consentement et tous les contacts sexuels entre des adultes et des enfants. Cette catégorie de comportements est illégale et dommageable pour les victimes. Les actes impliquant un contact et des activités non désirées sans aucun contact physique entre l'agresseur et la victime, telles que exhibitionnisme et le voyeurisme, font également partie de la catégorie des comportements sexuels offensants. On ne devrait pas nier ou minimiser les comportements sexuels offensants des personnes ayant un retard de développement. Ces personnes doivent être tenues responsables de leurs gestes et doivent avoir accès à des services d'évaluation, de traitement et de soutien conçus spécifiquement pour les délinquants sexuels.

Auto mutilation et autres comportements sexuels à problème

Cette catégorie inclut les comportements inhabituels tels que l'auto mutilation. Un exemple de ce type de comportement serait une personne qui insère des objets dans les cavités de son corps ou qui s'étouffe volontairement pendant qu'elle se masturbe. La masturbation «excessive» tombe également dans cette catégorie. La masturbation est parfois considérée excessive si elle nuit au travail ou à d'autres aspects de la vie de la personne. Une évaluation et un traitement appropriés sont recommandés lorsque les personnes ayant un retard de développement manifestent des comportements sexuels à problème.

Conclusion

Nous proposons ces définitions pour faire ressortir l'importance d'examiner attentivement le contexte dans lequel se manifeste le comportement sexuel et de reconnaître les nombreux obstacles qui empêchent les personnes ayant un retard de développement d'avoir une sexualité saine. Pour définir un comportement sexuel, nous devons évaluer soigneusement aussi bien la personne que le contexte dans lequel ses pratiques sexuelles se déroulent. Prenons, par exemple, une personne ayant un retard de développement qui se masturbe dans la salle commune de son foyer d'accueil. Ce comportement reflète-t-il une intention d'extérioriser son agressivité envers les gens qui sont témoins de l'acte, ou reflète-t-il plutôt le manque de jugement de la personne à l'égard des convenances sociales ou sa capacité limitée d'attendre pour s'auto-gratifier? Peut-être que la personne adopte ce comportement simplement parce qu'elle n'a pas de temps ou d'espace pour être seule lorsqu'elle en a besoin.

Selon Ryan, lorsque nous considérons la variété de comportements, il est évident que la plupart ne sont pas déviants ou anormaux dans notre culture. C'est la relation et l'interaction qui définissent l'abus sexuel, et non pas un comportement survenu isolément hors de tout contexte.[7]

En résumé, cette section propose un cadre théorique permettant de distinguer les comportements sexuels à problème des personnes ayant un retard de développement. Les résultats d'évaluations d'ordre strictement sexuel aideront à déterminer les interventions et les traitements les plus convenables pour les comportements sexuels à problème. Ces interventions engloberont aussi bien le fait d'offrir suffisamment de solitude que celui de fournir des traitements conçus spécifiquement pour les délinquants sexuels.

La documentation

TRÈS PEU D'ÉTUDES CLINIQUES ET DE RECHERCHES PORTENT SPÉCIFIQUEMENT sur les délinquants sexuels ayant un retard de développement. Nous n'avons donc que très peu d'information sur les caractéristiques de ce groupe et sur les délits qu'il commet. Les professionnels de la santé mentale doivent maintenant répondre à des exigences de plus en plus grandes de traiter cette population, malgré le manque d'information.

Les quelques études qui ont été publiées suggèrent que les infractions commises par les délinquants sexuels ayant un retard de développement ressemblent à celles des délinquants sexuels sans retard de développement. Murphy et ses collègues[8] (1983) rapportent que, d'après leur expérience clinique, les délinquants sexuels ayant un retard de développement ont souvent des croyances qui dénotent leur acceptation des délits sexuels, c'est-à-dire qu'ils ont des attitudes négatives et agressives à l'égard des femmes, qu'ils acceptent les mythes entourant le viol et qu'ils ont des perceptions stéréotypées des femmes. Les délinquants sexuels adultes ayant un retard de développement présentent toutefois des différences majeures si on les compare à ceux qui n'ont pas de retard de développement :

- ils font moins de victimes[9];
- ils commettent moins de délits sexuels «graves» mais plus de délits mineurs ou d'«actes de nuisance»[10]; et
- une plus petite proportion de leurs victimes sont de sexe féminin – le sexe féminin représente 50 % des victimes des délinquants sexuels ayant un retard de développement et 89 % des victimes de ceux qui n'ont pas de retard de développement.[9]

Les délinquants sexuels ayant un retard de développement se distinguent également de ceux qui n'ont pas de retard de développement sous les rapports suivants :

- ils ont un déficit d'aptitudes sociales considérablement plus grand[9];
- ils sont naïfs sexuellement, ils manquent d'aptitudes interpersonnelles et ils éprouvent des difficultés à interagir avec des membres du sexe opposé[10,3];
- ils présentent une incidence beaucoup plus élevée de psychopathologie familiale, de privation psychosociale, de difficultés d'adaptation scolaire et d'autres problèmes de comportement[10]; et
- ils ont plus de maladies psychiatriques et de comportements délinquants ou criminels.[10]

De plus, les délinquants sexuels ayant un retard de développement qui récidivent ont tendance à avoir commis toutes sortes de types de délits par le passé et présentent peu de spécificité dans le type de délits qu'ils commettent ou par rapport à l'âge et au sexe de leurs victimes.[10]

Cette dernière constatation contraste de façon marquée avec le profil des délinquants sexuels sans retard de développement, qui, eux, au fil du temps, sont très cohérents dans le choix de leurs victimes. Cela porte à croire que l'occasion de commettre un délit est un facteur important dans les délits des personnes ayant un retard de développement.

La documentation

Le risque de récidive est probablement plus élevé chez les personnes ayant un quotient intellectuel bas qui commettent des délits sexuels que chez celles qui n'ont pas de retard de développement. Barbaree et Marshall[11] (1988) ont groupé les délinquants d'après leur quotient intellectuel et ont découvert que les délinquants qui récidivaient et ceux qui commettaient des délits plus graves avaient un quotient intellectuel plus bas. Bien que la constatation qu'un quotient intellectuel bas semblait associé à des délits plus graves semble contredire les constatations précédentes, il convient de souligner que dans l'étude de Barbaree et Marshall, le groupe ayant un quotient intellectuel bas incluait à la fois des délinquants sexuels ayant un retard de développement et des délinquants sexuels dont le quotient intellectuel était trop élevé pour être considérés comme ayant un retard de développement, mais qui était tout de même inférieur à la moyenne.

Chez les adolescents qui commettent des délits sexuels, dans l'ensemble on rapporte des données semblables chez les adolescents qui ont un retard de développement et ceux qui n'en ont pas. Toutefois, contrairement à leurs homologues n'ayant pas de retard de développement, les adolescents mâles qui ont un retard de développement ont tendance :

- à manifester davantage des comportements sexuels inacceptables, non violents et nuisibles comme le voyeurisme et l'exhibitionnisme[12];
- à commettre des délits à l'endroit de victimes des deux sexes, tandis que les délinquants sexuels adolescents sans retard de développement choisissaient surtout des victimes de sexe féminin[12]; et
- les délits sexuels mis à part, à présenter moins de comportements délinquants[12].

En résumé, la recherche effectuée jusqu'à maintenant sur les caractéristiques et les comportements des délinquants sexuels ayant un retard de développement laisse supposer que ces délinquants présentent des similarités et des différences avec les délinquants qui n'ont pas de retard de développement. Nos conclusions sont toutefois limitées. De toute évidence, il faut faire plus de recherche sur cette question.

Résultats du sondage

NOUS AVONS FAIT UN SONDAGE DANS LE BUT DE MIEUX comprendre les délinquants sexuels ayant un retard de développement, leurs délits et les victimes de leurs délits.

Nous avons envoyé des questionnaires par la poste à une grande variété d'organismes qui fournissent des services aux personnes ayant un retard de développement ou aux délinquants sexuels, ou aux deux. Nous avons demandé à ces organismes de tenir compte, lorsqu'ils répondaient au questionnaire, de leurs clients qui avaient commis des actes sexuels inacceptables ou violents, ou qui étaient soupçonnés d'en avoir commis. Les questions ont été conçues pour obtenir de l'information sur les caractéristiques de ces clients, la nature de leurs comportements inacceptables ou abusifs, les interventions adoptées pour ces comportements, les mesures prises par le personnel clinique et les caractéristiques des victimes.

LES RÉPONDANTS

Vingt-sept organismes ont rempli des questionnaires au sujet de 85 clients. Ces questionnaires proviennent d'un groupe représentatif d'organismes qui inclut des établissements psychiatriques, des établissements de santé mentale offrant des services en consultation externe, des organismes correctionnels, des associations de complexes d'habitat, ainsi que des établissements résidentiels et des foyers de groupe, aussi bien dans des milieux urbains que des milieux ruraux.

Quarante-quatre pour cent des organismes ont indiqué qu'ils avaient en place des politiques ou des procédures portant spécifiquement sur les comportements sexuels inacceptables de leurs clients. Ces politiques incluent des procédures de compte rendu et de gestion, des protocoles à suivre pour les cas recommandés pour un traitement et, dans certains cas, des directives de traitement précises.

Les répondants ont indiqué que de 7 à 33 % de leurs clients ayant un retard de développement avaient manifesté des comportements sexuels inacceptables ou offensants.

L'ÉCHANTILLON DE CLIENTS

L'échantillon de clients comportait 71 hommes (83,5 %) et 14 femmes (16,5 %), dont l'âge variait entre 13 et 78 ans, et dont l'âge moyen était de 33,5 ans. On ne sait pas à quel point cet échantillon est représentatif de la population ayant un retard de développement.

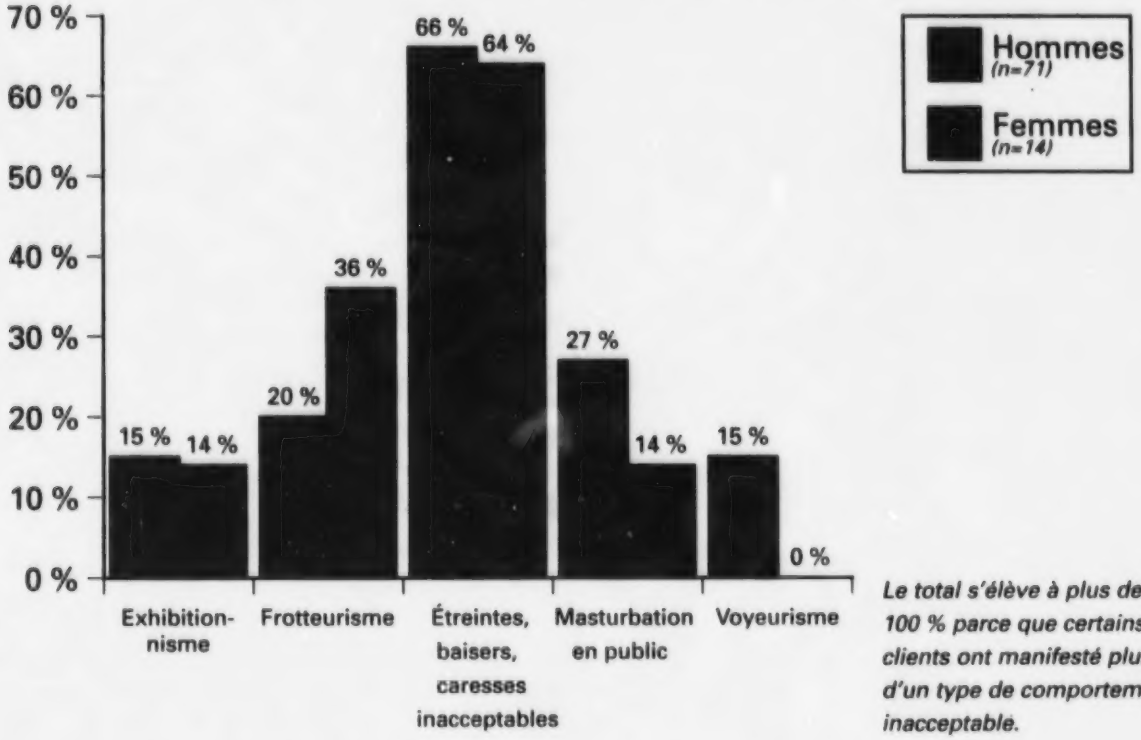
Comme on peut s'y attendre, les hommes étaient plus nombreux que les femmes dans cet échantillon d'agresseurs. Le nombre de femmes était toutefois beaucoup plus élevé dans notre échantillon que dans la population sans retard de développement – les sources officielles suggèrent qu'environ 1 % des délinquants sexuels sont des femmes.[13] Certaines études sur l'inceste entre frères et soeurs révèlent que le taux d'agresseurs de sexe féminin frôle les 20 %. Dans ce sondage-ci, l'abus entre frères et soeurs n'explique pas le taux assez élevé d'agresseurs de sexe féminin.

INFORMATION SUR LES INCIDENTS SEXUELS

On peut représenter les comportements sexuels inacceptables sur une échelle de comportements sexuels, allant de ceux qui ne sont tout simplement pas acceptables dans le contexte social jusqu'à ceux qui sont carrément violents ou illégaux. Certaines

Résultats du sondage

Tableau 1
Comportements sexuels inacceptables typiques



Le total s'élève à plus de 100 % parce que certains clients ont manifesté plus d'un type de comportement inacceptable.

personnes ont des pratiques sexuelles graves ou violentes, en plus d'une grande diversité de comportements sexuels inacceptables moins graves. On a donc demandé aux répondants d'indiquer le comportement sexuel inacceptable le plus typique de leurs clients. Voir le tableau 1.

COMME L'ILLUSTRE LE TABLEAU, le taux d'hommes et de femmes pratiquant l'exhibitionnisme et les attouchements inacceptables est semblable et passablement élevé. Les différences entre les deux sexes étaient toutefois beaucoup plus marquées dans les catégories du frotteurisme, du voyeurisme et de la masturbation en public. Le taux de femmes était plus élevé dans la catégorie du frotteurisme, tandis que le taux d'hommes était plus élevé dans les catégories de la masturbation en public et du voyeurisme.

Soixante-et-onze pour cent des femmes présentaient plus d'un type de comportement sexuel inacceptable, contre trente-cinq pour cent des hommes.

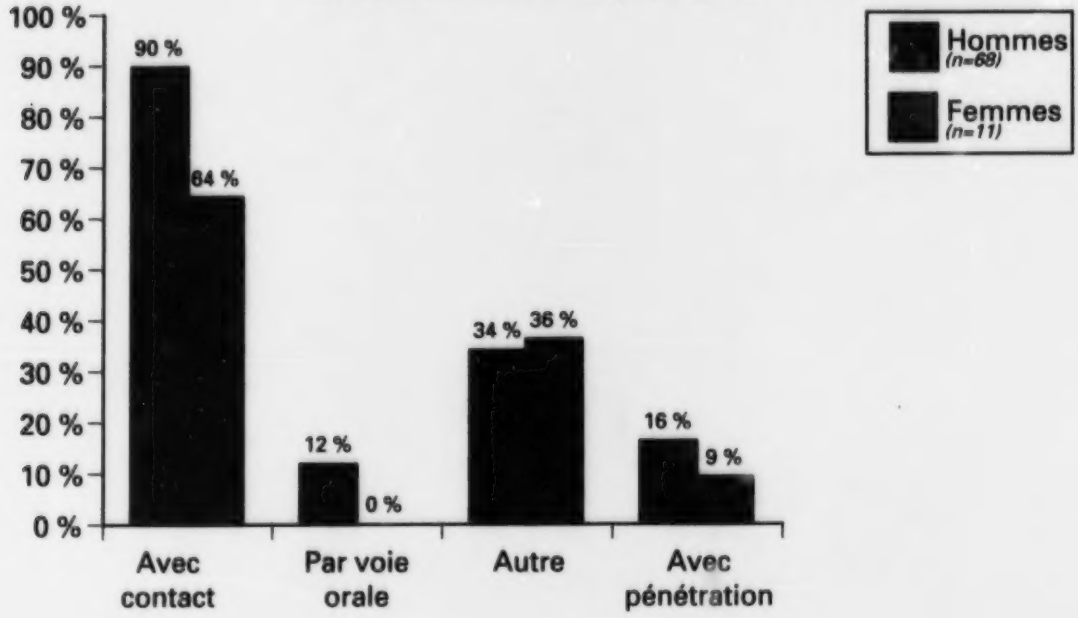
LE DÉLIT SEXUEL LE PLUS GRAVE

Nous avons également demandé aux répondants d'indiquer le délit sexuel **le plus grave** commis par leur client. Ces délits ont été catégorisés comme suit :

- délit ***«avec contact»*** (le client a caressé ou saisi le sein ou les parties génitales de la victime, a masturbé la victime, a forcé la victime à le masturber);
- délit ***«par voie orale»*** (le client a eu des relations sexuelles orales avec la victime, a forcé la victime à avoir des relations sexuelles orales avec lui);
- délit ***«avec pénétration»*** (pénétration ou tentative de pénétration du pénis, du doigt ou d'un objet du client dans le vagin ou l'anus de la victime); et
- ***«autres»*** délits.

Bien que tous les clients visés par ce sondage aient manifesté des comportements sexuels inacceptables, ils n'avaient pas tous été les

Tableau 2
L'incident sexuel le plus grave



auteurs de délits graves. Onze femmes et soixante-huit hommes ont été reconnus comme ayant commis des délits sexuels graves. Voir le tableau 2.

Les délits «avec contact» avaient été commis par un taux considérablement élevé d'hommes et de femmes, celui des hommes étant plus élevé que celui des femmes. Bien que les taux soient semblables pour les deux sexes dans la catégorie des «autres» délits, ces comportements différaient selon le sexe.

Chez les femmes, les comportements de la catégorie «autres» délits incluaient le harcèlement et la sollicitation, tandis que chez les hommes, on y retrouvait la masturbation en public et l'exhibitionnisme.

Pour ce qui est de la participation à plus d'un type d'incident sexuel grave, une seule femme était représentée. Il est intéressant de constater que cette cliente était la seule femme à avoir commis un délit avec pénétration. Dix hommes (14 %) avaient manifesté plus d'un type de comportement sexuel grave.

Pour bien des incidents sexuels graves, des mesures avaient été prises. Dans presque la moitié des cas (44 %), les incidents avaient été déclarés à la police. Dans 11,8 % des cas, l'incident avait été rapporté à une agence de protection de l'enfance. Des accusations ont été portées dans 34 % des cas déclarés. La plupart du temps, les répondants ont indiqué qu'ils ne connaissaient pas la suite donnée à ces accusations. Cette constatation fait ressortir la nécessité de resserrer la communication entre le système judiciaire et les organismes communautaires.

Parmi les raisons évoquées pour ne pas porter 'accusation, on retrouve les suivantes : l'incident n'était pas considéré comme étant un crime (35 %); la victime était trop jeune pour témoigner (5%); la victime a refusé de témoigner ou ses parents ne voulaient pas porter d'accusation (15 %); le client a nié l'incident et il n'y avait pas d'autre preuve (10 %).

Dans les cas où l'incident sexuel grave n'était pas considéré comme un crime, comme nous l'avons déjà mentionné, on peut s'inquiéter, de la réticence de bien des fournisseurs de service à reconnaître que le comportement sexuel violent d'une personne ayant un retard de développement constitue un acte criminel.

Résultats du sondage

Au moment où ils avaient commis leur délit le plus grave, la majorité des agresseurs (80 %) vivaient dans un milieu communautaire. Trente pour cent vivaient avec leur famille ou chez eux, et 47 % vivaient dans des foyers de groupe ou des foyers d'accueil.

Caractéristiques des victimes

Quatre-vingt-cinq pour cent des délits sexuels graves impliquaient des victimes. Environ le tiers des victimes étaient des hommes et les deux tiers, des femmes. Dans cette étude, seulement 1,4 % des agresseurs avaient eu des victimes des deux sexes.

Dans la majorité de ces incidents (75 %), le client connaissait la victime et dans quelque 5 % des incidents, la victime était un frère ou une soeur. Les répondants ont souligné qu'environ 50 % des victimes avaient, elles aussi, un retard de développement.

Il ne semble pas exister de lien entre l'âge des victimes et l'âge des agresseurs. Les âges des victimes semblaient répartis uniformément parmi tous les groupes d'âges. Il y avait toutefois très peu de victimes âgées de moins de 5 ans.

Caractéristiques de l'échantillon de clients

Fonctionnement intellectuel

La majorité des clients de cette étude présentaient un retard de développement de faible à moyen, réparti comme suit : bas (5,9 %), limite (18,8 %), faible (34,1 %), moyen (32,9 %) et profond (5,9 %).

Connaissance de la sexualité

La majorité des clients de notre échantillon avaient une connaissance limitée de la sexualité. Seulement 10 % étaient considérés comme ayant une bonne connaissance des questions sexuelles, 44 % semblaient avoir une connaissance sexuelle correcte moyenne, 19 % avaient peu d'information correcte et 27 % n'étaient pas bien informés.

Pour aider les personnes ayant un retard de développement à être mieux informées et à assumer la responsabilité de leur propre sexualité, il faut accorder plus d'importance à l'éducation sexuelle.

Contrôle des impulsions

Nous avons demandé aux répondants d'évaluer sur une échelle de 1 à 10 la capacité de leurs clients de contrôler leurs comportements sexuels. Les répondants ont indiqué qu'avec encadrement, le résultat moyen était de 7,06, mais que sans encadrement, ce résultat tombait à 3,81. Il s'agit d'une différence statistiquement significative ($T=11.744, df=78, p<.000$).

Les répondants ont dit que, lorsqu'ils étaient encadrés, leurs clients avaient passablement plus de contrôle sur leurs comportements sexuels, mais que, sans encadrement, ils avaient passablement moins de contrôle.

Aucun rapport n'a été observé entre le niveau de fonctionnement des clients et le degré perçu de contrôle des comportements sexuels, avec ou sans encadrement.

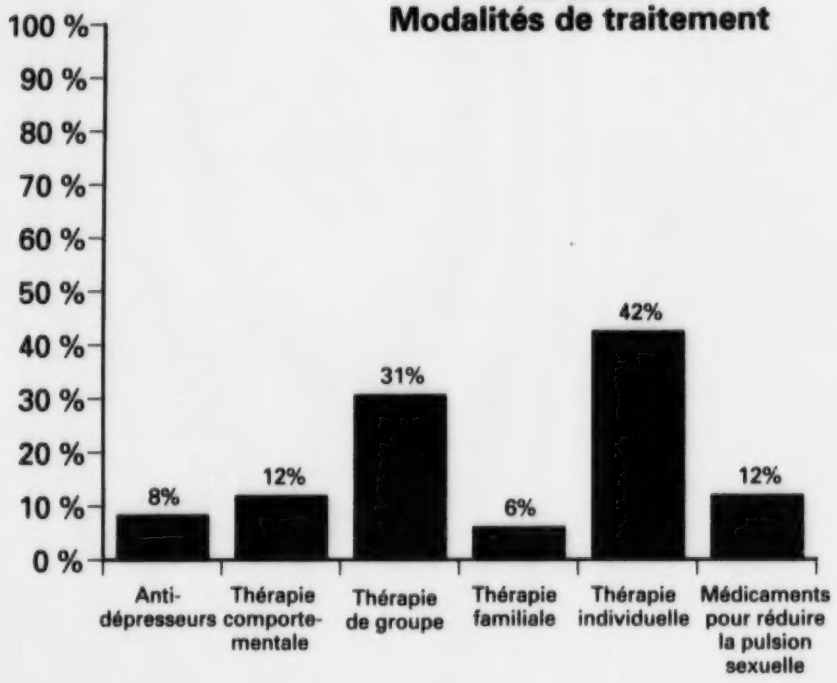
Emploi

Près de la moitié de notre échantillon de clients (48 %) étaient sans emploi, 24 % étaient sur le marché du travail et 26 % étaient aux études.

Antécédents d'abus

Le questionnaire renfermait des questions visant à établir s'il y avait un rapport entre des antécédents d'abus infligés aux clients et leur comportement inacceptable ou violent. Dans la plupart des cas, toutefois, les répondants n'ont pas rempli les sections voulues. Ce manque de réponses ne nous permet malheureusement pas de déterminer la vulnérabilité de ces clients ni la mesure dans laquelle les fournisseurs acceptent ou se sentent à l'aise d'explorer ces questions chez les personnes ayant un retard de développement.

Tableau 3
Modalités de traitement



Abus d'alcool et de drogue

Près du cinquième (17,6 %) de l'échantillon buvait de l'alcool; 4,7 % prenait d'autres drogues. L'alcool a joué un rôle déterminant dans 3,5 % du total des délits sexuels et la drogue, dans 1,2 % de ce total. Cette constatation porte à croire que l'abus d'alcool et de drogue est un facteur moins important dans les délits sexuels commis par les personnes ayant un retard de développement que dans ceux commis par des personnes sans retard de développement.[14]

MODALITÉS DE TRAITEMENT

Le sondage a révélé que 60 % de notre échantillon avait reçu un traitement pour des comportements sexuels inacceptables ou violents. Cinquante-sept pour cent des femmes et 63 % des hommes avaient reçu un traitement. Bien que ces clients aient été adressés pour leur comportement exuel inacceptable ou offensant, on ne sait pas clairement si le traitement était conçu spécifiquement pour des comportements sexuels. Ce taux élevé de réponse aux questions sur le traitement contraste avec l'information que nous avons recueillie auprès de la communauté selon laquelle les services de traitement étaient très limités.

Le nombre relativement élevé de clients qui ont reçu un traitement pourrait signifier, du moins en partie, que les répondants ont bien voulu participer à notre sondage parce que, en tant qu'organismes, ils s'intéressent déjà vivement au traitement de ces clients et qu'ils offrent déjà de tels services.

Soixante-trois pour cent des clients qui ont reçu un traitement ont reçu plus d'un type de traitement, c'est-à-dire une combinaison de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, d'interventions comportementales ou de thérapie chimique.

Pour ce qui est des clients qui ont reçu un seul type de traitement, il s'agissait le plus souvent de thérapie individuelle (47 %) ou de thérapie de groupe (32 %). Seize pour cent des clients avaient reçu uniquement une thérapie chimique.

Les clients des deux sexes ont participé à une variété de types de traitement, depuis la thérapie individuelle jusqu'à la thérapie chimique. Une seule femme prenait des médicaments (un antidépresseur), et ce traitement était combiné avec un autre. Voir le tableau 3.

Résultats du sondage

Sommaire des résultats

En résumé, les résultats de ce sondage font ressortir que le client typique qui a un retard de développement et qui a manifesté un comportement sexuel inacceptable ou violent est au début de la trentaine, fonctionne intellectuellement à un niveau faible à modéré et vit dans la communauté.

Même si la police a été appelée à la suite de l'incident sexuel, il est peu probable que des accusations aient été portées. Un grand nombre d'agresseurs avaient reçu un type quelconque de traitement pour leur comportement sexuel inacceptable ou offensant. Leurs victimes étaient le plus souvent des femmes qui, dans bien des cas, étaient connues de leur agresseur. Beaucoup des victimes avaient, elles aussi, un retard de développement.

Les constatations du sondage concernant les clientes sont particulièrement intéressantes, malgré que le nombre de clientes soit très petit et que, de ce fait, il soit trop tôt pour tirer des conclusions. Ces constatations mettent toutefois en relief la nécessité de poursuivre la discussion et la recherche. À notre connaissance, rien n'a encore été écrit sur les femmes ayant un retard de développement qui ont commis des délits sexuels. Un petit ensemble de recherches préliminaires a été publié sur les femmes sans retard de développement qui ont commis des délits sexuels, mais la recherche en est encore au stade descriptif et n'a pas produit de données comparatives permettant de déterminer en quoi les femmes qui commettent des délits sexuels diffèrent des femmes qui ne commettent pas d'agression sexuelle.[15]

Une étude a récemment été menée sur le diagnostic et le traitement des hommes et des femmes qui avaient un retard de développement et qui avaient été traités à une clinique pour des besoins spéciaux.[16] Il est intéressant de constater que, de tous les problèmes présentés à cette clinique, aucun acte sexuel inacceptable ou violent commis par des femmes n'est mentionné. Cette constatation montre à quel point il est important de poursuivre les recherches sur ces différences entre les deux sexes.

Directives de pratique clinique

Introduction

Les directives que voici ont fait le consensus au sein du sous-comité de pratique clinique. Ces directives ont pour but d'aider les professionnels dans l'évaluation, le traitement et le soutien des délinquants sexuels ayant un retard de développement. Il est toutefois important de noter que ces directives n'ont pas encore été validées par la recherche sur les résultats du traitement.

Les personnes qui ont un retard de développement, comme tous les membres de la communauté, ont droit à une sexualité saine. Ce droit s'accompagne toutefois de responsabilités.

Ces responsabilités sont les suivantes :

- toute interaction sexuelle avec une autre personne doit être consensuelle;
- l'interaction sexuelle ne doit pas faire de tort à l'autre personne; et
- le comportement sexuel doit respecter les normes de la société en ce qui concerne la vie privée.

Les familles, les soignants et les fournisseurs de service ont, pour leur part, la responsabilité d'appuyer le droit à une sexualité saine des personnes ayant un retard de développement.

Les personnes ayant un retard de développement qui interagissent sexuellement avec d'autres personnes qui n'y consentent pas ou qui sont incapables d'y consentir, contreviennent à la loi. Elles sont considérées comme des délinquants sexuels et, pour cette raison, doivent obtenir une évaluation, un traitement et un soutien à long terme spécifiquement conçus pour des délinquants sexuels afin de modifier leurs comportements et de ne pas porter atteinte à la sécurité des autres membres de la communauté.

Les méthodes de travail avec les délinquants sexuels ayant un retard de développement se fondent sur des méthodes élaborées pour les délinquants sexuels sans retard de développement, mais elles sont adaptées aux besoins du premier groupe. L'évaluation, le traitement et le suivi à long terme doivent être effectués par des professionnels spécialisés dans le travail avec les délinquants sexuels et les personnes ayant un retard de développement.

Les principaux objectifs du traitement sont les suivants :

- réduire au minimum le risque pour la communauté;
- aider le délinquant à contrôler ses pulsions sexuelles et à réduire ses délits sexuels;
- aider le délinquant à acquérir des aptitudes sociales convenables, y compris l'expression sexuelle; et
- réinsérer le délinquant dans la communauté pour lui permettre d'avoir le mode de vie le plus autonome possible malgré les limitations posées par son retard de développement.

PRINCIPES ET DIRECTIVES APPLICABLES AU TRAVAIL AVEC DES PERSONNES AYANT UN RETARD DE DÉVELOPPEMENT QUI ONT COMMIS DES DÉLITS SEXUELS[17]

I. REDUIRE LE RISQUE AU MINIMUM

Toutes les interventions pour les personnes qui ont commis un delit sexuel devraient etre percues comme des moyens d'assurer la securite de la communaute. Dans la prise de decisions, la consideration premiere devrait toujours etre la securite des victimes possibles. Nous croyons qu'en minimisant le risque de recidive, nous agissons aussi dans l'interet des delinquants sexuels ayant un retard de developpement. La prestation de services convenables d'evaluation, de traitement et de soutien pour les delinquants sexuels ayant un retard de developpement est benefique aussi bien a ceux-ci qu'a la communaute.

a) Des politiques et des procédures visant à assurer la sécurité du délinquant, du personnel qui travaille avec lui et des autres personnes dans le milieu où il vit et dans la communauté, devraient être mises en place.

b) Dans un foyer où un délinquant pose un risque aux enfants, la mesure recommandée est de retirer le délinquant de son milieu. Entre les besoins du délinquant et la sécurité des enfants, la sécurité des enfants passe toujours en premier.

c) Il faudrait toujours qu'une bonne communication soit établie entre l'équipe de traitement du délinquant et le personnel qui s'occupe de lui à l'établissement où il vit afin d'assurer une surveillance et un contrôle proportionnels au risque de récidive qu'il présente.

d) Il est crucial d'établir un plan efficace de prévention des rechutes pour chaque personne qui a commis un délit sexuel.

e) L'inclusion d'une victime d'un délit sexuel dans le traitement du délinquant devrait n'être considérée que si des mesures ont été prises pour assurer la sécurité de la victime. Le risque de traumatisme physique ou affectif pour la victime devrait toujours avoir plus de poids que les avantages de sa participation à la thérapie du délinquant sexuel.

f) La planification de programmes et la prise de décisions qui semblent répondre aux besoins du délinquant mais qui, dans les faits, accroissent le risque de récidive ne sont pas avantageux pour le délinquant. Certaines possibilités d'emploi ou de travail bénévole, par exemple, peuvent être imprudentes (p. ex. un travail avec des enfants sans surveillance).

g) Le clinicien devra parfois refuser de traiter un délinquant si les services de soutien et la surveillance nécessaires ne sont pas en place pour assurer la sécurité de la communauté.

II. RECONNAITRE LA VULNERABILITE DES PERSONNES AYANT UN RETARD DE DEVELOPPEMENT

Lorsque l'on travaille avec des personnes ayant un retard de developpement qui ont commis un delit sexuel, il faut absolument reconnaitre leurs points vulnerables.

a) Si l'on nie qu'un délinquant sexuel ayant un retard de développement a effectivement commis un délit sexuel, on accroît le risque de récidive et on réduit son droit d'obtenir de l'aide pour développer une sexualité saine. Il faut toujours remettre en question les cas où un délinquant sexuel, ses fournisseurs de service ou la société nient que le délinquant a commis un délit sexuel ou minimisent l'incident.

b) L'intégration de personnes ayant un retard de développement à des délinquants sexuels sans retard de développement sans avoir pris de mesures de prévention spécifiques expose les personnes ayant un retard de développement au risque de victimisation.

c) Les personnes ayant un retard de développement sont plus vulnérables aux effets négatifs de la catégorisation que les personnes sans retard de développement.

- Elles peuvent être plus susceptibles d'être catégorisées comme des «délinquants sexuels» sans être accusées d'infraction criminelle.
- Elles sont moins capables de répudier leur catégorisation.
- La catégorisation peut avoir un impact plus profond sur leur vie parce qu'elles dépendent de services de soutien (p. ex. services de logement et services professionnels) et que, pour obtenir ces services, elles doivent divulguer leurs antécédents délictuels.

d) On peut dire que les délits sexuels commis par certaines personnes ayant un retard de développement résultent, du moins en partie, du fait que le milieu dans lequel elles vivent ne leur offre pas la possibilité d'apprendre comment entretenir des relations saines avec les autres et comment exprimer leur sexualité correctement. Bien que ces facteurs n'excusent pas ces délits, il est utile de les relever au cours d'une évaluation minutieuse afin de déterminer la stratégie 'intervention qui convient le mieux.

e) Les fournisseurs de service doivent savoir que les personnes ayant un retard de développement éprouvent des difficultés à communiquer et à comprendre. Par exemple, une personne ayant un retard de développement pourrait admettre d'avoir sexuellement agressé une autre personne mais ne pas trouver contradictoire de dire que l'incident était accidentel. Certaines personnes ayant un retard de développement confondent leurs pensées avec leurs gestes et déclarent leurs fantaisies sexuelles comme s'il s'agissait de faits réels.

f) Les personnes ayant un retard de développement sont parfois très dociles en présence de personnes faisant figure d'autorité parce qu'elles veulent leur plaire. Elles sont aussi plus influençables pendant une enquête et au moment de donner leur consentement éclairé au traitement.

III. Consentement éclairé

Selon la loi, les personnes ayant un retard de développement qui ont commis un délit sexuel doivent avoir la possibilité d'exercer leur droit de prendre une décision éclairée et volontaire en ce qui concerne le traitement. Cette démarche pourrait exiger l'aide d'un procureur ou d'un autre professionnel aidant.

a) Avant toute intervention thérapeutique, il faut obtenir le consentement éclairé et volontaire de la personne. Celle-ci doit être informée dans les détails de la nature, des risques possibles et des avantages du traitement ainsi que des solutions de rechange, y compris l'option de ne pas suivre de traitement. Les personnes ayant un retard de développement ont le droit de refuser de suivre un traitement.

b) En raison des difficultés qu'elles ont à communiquer ou à comprendre, les personnes ayant un retard de développement ont parfois besoin d'aide supplémentaire pour donner leur consentement éclairé. Des concepts abstraits, tels que les conséquences qu'il y a à accepter ou à refuser un traitement, devraient leur être présentés clairement et concrètement, dans un langage simple. Appelbaum et Grisso[18] (1988) ont fourni une discussion approfondie des directives à suivre pour évaluer la capacité d'une personne de donner son consentement éclairé.

c) Lorsque l'on doit obtenir le consentement de la personne pour une évaluation ou un traitement particulièrement invasifs, comme un test hallométrique (qui mesure la préférence sexuelle d'après les changements survenus dans la circonférence du pénis), ou si l'on estime que la personne est trop docile avec l'équipe de traitement, un procureur (p. ex. un membre de la famille ou un travailleur social du Service de protection aux adultes) devrait être disponible pour discuter des questions pertinentes avec la personne.

d) Si, en raison de son âge ou de sa capacité, la personne ne peut pas donner son consentement éclairé, le consentement doit être obtenu d'une personne qui prendra les décisions en son nom (p. ex. un membre de la famille ou un tuteur).

IV. Évaluation

Tout plan d'intervention complet doit se fonder sur une evaluation poussee de la personne ayant un retard de developpement qui soit concue specifiquement pour les delinquants sexuels. L'evaluation devrait etre effectuee par des professionnels qui ont recu une formation pour travailler avec des personnes ayant un retard de developpement et qui ont une bonne connaissance de l'evaluation et du traitement des delinquants sexuels.

a) En général, l'évaluation doit être adaptée aux capacités cognitives du délinquant.

Étant donné les difficultés de communication qui pourraient survenir, l'évaluation devrait inclure des renseignements provenant d'autres sources, notamment :

la police;

- la victime;
- les témoins;
- les membres de la famille du délinquant;
- les soignants;
- d'autres professionnels en cause.

b) L'évaluation ne doit ni minimiser la responsabilité du délinquant dans le délit qu'il a commis, ni excuser le délinquant, mais plutôt tenter de comprendre son comportement et les implications de ses gestes en vue du traitement.

L'évaluation doit donc :

- tenir compte des facteurs du milieu et du contexte qui favorisent ou contribuent à maintenir le comportement sexuel à problème ou offensant; et
- soulever et reconnaître la victimisation du délinquant s'il y a lieu.

c) L'évaluation devrait faciliter l'élaboration d'un plan de traitement :

- afin d'établir le risque de récidive, les besoins de surveillance et les besoins possibles de placement du délinquant; et
- afin de répondre aux besoins de soins cliniques et de traitement du délinquant.

Plus précisément, l'évaluation devrait inclure les éléments suivants :

a) Une description du délit :

- l'âge et le lien qu'a le délinquant avec la victime;
- les détails du délit;
- les antécédents de comportements criminels ou de comportements sexuels inacceptables du délinquant;
- les intérêts sexuels déviants du délinquant;
- l'étendue du déni, de la minimisation et des distorsions cognitives (idées erronnées) entourant le délit ou les délits.

b) Le fonctionnement dans le moment présent :

- les aptitudes sociales et d'adaptation;
- la connaissance de la sexualité;
- la personnalité;
- le fonctionnement cognitif et comportemental;
- la capacité de l'individu de comprendre les rapports de cause à effet;
- le niveau de raisonnement moral;
- le degré de responsabilité que la personne est capable d'assumer pour le délit qu'elle a commis.

c) Les antécédents pertinents :
   - développement de la personne;
   - antécédents familiaux et personnels;
   - antécédents médicaux, psychologiques ou psychiatriques;
   - antécédents scolaires;
   - antécédents professionnels;
   - usage d'alcool et de drogue.

d) Autres éléments :
   - sources de soutien dans la communauté.

QUESTIONS CONNEXES :

a) Tous les tests psychométriques doivent être spécifiés et leur applicabilité aux personnes ayant un retard de développement doit être notée.

b) Certaines techniques d'évaluation comme le polygraphe et les tests phallométriques doivent être utilisées avec prudence dans le cas des personnes ayant un retard de développement parce que nous n'avons pas de données normatives sur ce groupe et que ces techniques sont invasives.

c) On doit obtenir, le plus tôt possible, de toutes les sources voulues, une autorisation de divulgation des renseignements pertinents afin que les données psychologiques, médicales et judiciaires soient en place pour l'évaluation.

d) Si le délinquant n'en a pas déjà un, on doit nommer le plus tôt possible un «responsable de cas» qui assurera la continuité des services offerts au délinquant ayant un retard de développement. Le responsable de cas doit se charger de recueillir les renseignements pertinents et de les transmettre aux intervenants concernés.

e) Il faut donner de la rétroaction à tous les intervenants concernés, de façon ponctuelle et d'une manière qui respecte le délinquant.

Les buts ultimes du traitement d'un délinquant sont les suivants :

- contrôler et éliminer le comportement délinquant;
- développer des aptitudes sociales convenables, y compris l'expression de la sexualité; et
- réintégrer la personne dans la communauté en toute sécurité.

Les objectifs immédiats du traitement consistent à aider le délinquant :

- à reconnaître son comportement sexuel offensant; et
- à faire preuve d'un engagement à changer son comportement.

V. METHODES DE TRAITEMENT ET EXIGENCES

Les methodes de traitement pour les delinquants ayant des retards de developpement se fondent sur les methodes utilisees pour traiter les delinquants sans retard de developpement, mais elles sont adaptees aux besoins d'apprentissage et aux difficultes speciales du premier groupe. Il faudra probablement prolonger la duree du traitement des personnes ayant un retard de developpement pour repondre à leurs besoins.

a) Au début, le traitement consiste à constamment contester les croyances et les affirmations inexactes que le délinquant peut avoir au sujet de son délit. Cette stratégie aide le délinquant à se rendre compte de la gravité de ses gestes.

b) On sait que l'une des formes de traitement des délinquants sexuels les plus efficaces est la prévention des rechutes. Cette forme de traitement aide les délinquants à reconnaître leur «cycle d'abus», c'est-à-dire la série d'événements de la vie, de pensées et d'émotions qui, par le passé, ont été associés avec leur comportement. Les délinquants apprennent ensuite à intervenir

pour briser la chaîne d'événements du passé et éviter une rechute possible. Ce traitement doit s'insérer dans le contexte d'une approche systémique qui fait appel à la participation des délinquants, de leur famille et des systèmes de soutien.

c) Les programmes de traitement doivent relever et éliminer les obstacles auxquels les délinquants ayant un retard de développement se heurtent dans l'atteinte de leurs objectifs de traitement, en l'occurrence :

- le manque de possibilités d'apprendre à acquérir des comportements sexuels acceptables par l'expérimentation lorsqu'ils étaient jeunes;
- la forte probabilité que les délinquants ont été victimes d'agression sexuelle;
- le fait que l'entourage n'accepte pas très bien les comportements sexuels sains;
- l'isolement social;
- le manque de possibilités de vivre une sexualité adaptée à leur âge; et
- la difficulté d'apprendre les règles ou normes sociales complexes régissant les fréquentations, l'intimité et les relations sexuelles.

d) Les traitements de groupe courants et les approches thérapeutiques à orientation cognitive peuvent profiter aux personnes ayant un retard de développement lorsqu'ils sont adaptés, sur le plan cognitif, aux points forts et aux points faibles de ces personnes. Les traitements seront probablement assez inefficaces s'ils consistent essentiellement en l'utilisation verbale de concepts abstraits.

e) L'acquisition d'aptitudes sociales et sexuelles convenables est cruciale pour réduire le risque de récidive. L'éducation et la formation doivent inclure :

- des techniques concrètes d'acquisition de compétences d'interaction sociale (p. ex. comment établir un premier contact correctement, que faire en cas de rejet, que faire lorsque l'intérêt est mutuel);
- des techniques concrètes d'acquisition de connaissances sur le comportement sexuel (p. ex. comment mettre un condom); et
- de l'information sur la sexualité.

f) Il faudra probablement prévoir des activités structurées et des occasions qui permettent aux délinquants ayant un retard de développement de mettre en pratique les habiletés sociales-sexuelles de base pour les aider à développer une sexualité saine et responsable et à nouer des liens sociaux positifs et non sexuels avec leurs pairs.

g) Il est essentiel que les responsables de cas des délinquants et les autres sources de soutien articipent activement à l'élaboration d'un plan de traitement. Une conférence de cas pour déterminer les objectifs du traitement aide à assurer le maintien d'une communication ouverte entre tous les intervenants.

h) Les fournisseurs de traitement travaillant avec les délinquants sexuels doivent se sentir à l'aise de parler de sexualité et de délits sexuels, et doivent exprimer des convictions claires et justes sur la question des comportements sexuels.

i) Les fournisseurs de traitement ne doivent pas travailler avec des délinquants sexuels qui ont commis des délits sexuels si leurs croyances et leurs attitudes à l'égard de la sexualité et des délits sexuels sont confuses ou inacceptables, ou s'ils ont des antécédents de comportements sexuels criminels ou exploiteurs.

j) L'intervention pharmacologique visant à supprimer la pulsion sexuelle peut faire partie intégrante du traitement des délinquants sexuels ayant un retard de développement. Le recours à cette intervention doit recevoir le consentement éclairé des délinquants et s'accompagner de counseling spécifiquement conçu pour les délinquants sexuels. L'intervention pharmacologique utilisée seule, sans counseling, soulève des problèmes éthiques et peut mener à un risque accru de récidive. L'équipe de traitement et tous les autres intervenants doivent être informés de tous les changements apportés au régime médicamenteux prescrit.

VI. Recours aux conséquences externes et à l'effet de levier dans le traitement

La motivation personnelle facilite le traitement, mais ce n'est ni un prérequis pour le traitement, ni une garantie de réussite. La plupart des délinquants sans retard de développement suivent un traitement parce qu'ils ont affaire aux tribunaux. Les délinquants sexuels ayant un retard de développement pourraient bénéficier, eux aussi, de traitements ordonnés par les tribunaux.

a) **Les enquêtes criminelles, les poursuites et les traitements ordonnés par les tribunaux peuvent très bien étayer le traitement des délinquants sexuels ayant un retard de développement.**

b) **Les enquêtes criminelles et les interventions ordonnées par les tribunaux peuvent servir de conséquences efficaces et concrètes pour les délinquants sexuels ayant un retard de développement, et surtout pour ceux qui n'acceptent pas ou qui ne comprennent pas le rapport qui existe entre leur comportement et le fait d'avoir affaire au système de justice pénale.**

c) **Si un délinquant omet de suivre un traitement ordonné par la cour, les fournisseurs de traitement doivent en informer l'autorité voulue. Il faudra probablement renvoyer le délinquant au système de justice pénale s'il ne respecte pas les conditions de son traitement.**

VII. Suivi des progrès

Les progrès réalisés pendant le traitement se manifestent par des changements de comportement, une amélioration de la compréhension et des changements d'attitudes. Par exemple, le délinquant assumera la responsabilité de son comportement et comprendra les conséquences que ses gestes ont sur les autres. On sait que ces changements réduisent le risque de récidive.

a) **Dans les dossiers de traitement, les progrès ou l'absence de progrès du délinquant doivent être clairement documentés.**

b) **Si le délinquant ne réalise pas de progrès pendant le traitement ou si le risque de récidive est perçu comme ayant augmenté, les fournisseurs de service ont l'obligation d'informer les membres de l'équipe de traitement de la situation.**

c) **L'absence de progrès peut indiquer la nécessité de réévaluer les objectifs de traitement ou les stratégies d'intervention. Il peut être nécessaire d'envisager une intervention plus intensive à ce moment-là.**

VIII. Suivi

Tout traitement efficace doit prévoir un suivi pour favoriser le maintien des changements réalisés pendant le traitement.

a) Le suivi peut être de longue durée, et le délinquant doit toujours avoir la possibilité de retourner suivre un traitement en tout temps.

b) Le suivi peut s'accompagner d'une réduction graduelle de la surveillance, si cette mesure est jugée appropriée.

c) La réinsertion en toute sécurité du délinquant dans la communauté devrait se faire graduellement et être suivie de près.

d) Si le risque posé par la présence du délinquant dans la communauté s'accroît, celui-ci doit retourner suivre un traitement plus intensif et être placé sous surveillance plus étroite.

Conclusions

Ces directives se fondent sur la documentation clinique et sur les connaissances et l'expérience cliniques des membres du sous-comité. On peut considérer ces directives comme une étape préliminaire de la normalisation des pratiques d'évaluation et de traitement des délinquants sexuels ayant un retard de développement. Chaque communauté devra toutefois adapter ces directives à ses besoins particuliers.

Questions relatives à la justice pénale

Introduction

Dans cette section, nous examinons les diverses étapes de l'interaction entre les délinquants sexuels ayant un retard de développement et le système de justice pénale.

De tous les temps, le système de justice pénale est mal équipé pour régler les problèmes posés par les personnes ayant un retard de développement. Au tournant du siècle, celles-ci étaient considérées comme des démons, certains tribunaux croyant même qu'elles étaient criminellement dangereuses.[19]

Le système de justice pénale a tout de même évolué pour ce qui est de reconnaître les besoins uniques des personnes ayant un retard de développement qui se retrouvent en conflit avec la loi, et pour répondre à ces besoins.

L'étude de la documentation à ce sujet a révélé que, lorsque l'on compare les accusés ayant un retard de développement à ceux qui n'ont pas de tel retard, les premiers :

- avouaient et plaidaient coupable plus souvent;
- négociaient un plaidoyer moins souvent;
- étaient plus souvent représentés par des avocats nommés par les tribunaux;
- interjetaient moins souvent appel; et
- purgeaient des peines plus longues, se voyaient plus souvent refuser une libération conditionnelle, et bénéficiaient moins souvent d'une remise de peine pour bonne conduite.[20]

Le retard de développement d'un délinquant peut être présenté comme facteur atténuant seulement si la personne est reconnue comme ayant un retard de développement.

La recherche fait ressortir que les personnes ayant un retard de développement traversent souvent le système judiciaire en passant inaperçues. Par exemple, seulement 2 % de ces personnes reçoivent une évaluation psychologique préparatoire au procès qui pourrait relever un retard de développement[21], et aux États-Unis, 38 % des états ne font aucun effort pour désigner les accusés criminels qui pourraient avoir un retard de développement.[22]

Étant donné les limitations intellectuelles et fonctionnelles de ces personnes, elles peuvent poser des problèmes complexes lorsqu'elles arrivent dans le système de justice pénale. Cette situation fait ressortir la nécessité d'amener ce système à reconnaître ces personnes telles qu'elles sont afin de répondre adéquatement à leurs besoins uniques.

Certains généralisations au sujet de l'interaction des personnes ayant un retard de développement avec le système de justice pénale peuvent être mentionnées :

- en raison de leur capacité de communiquer limitée, les personnes ayant un retard de développement peuvent montrer une prédisposition à donner des réponses «biaisées» (à répondre par oui ou par non selon les exigences de la question) et à acquiescer à des questions suggestives;
- elles peuvent être réticentes à expliquer que certaines questions dépassent leurs capacités ou leurs connaissances;
- elles peuvent avoir de la difficulté à assimiler de gros «blocs» d'information; et
- elles peuvent parfois assumer le blâme pour tenter de faire plaisir à la personne qui les questionne.

Questions relatives à la justice pénale

Principes

La discussion qui suit se fonde sur les postulats suivants :

1. Les délinquants sexuels, y compris ceux qui ont un retard de développement, qui sont tenus responsables de leurs gestes et qui reçoivent une intervention convenable présentent un risque plus faible de récidiver.
2. Le système de justice pénale joue un rôle important lorsqu'il s'agit :
   - de reconnaître les délinquants sexuels;
   - de les tenir responsables de leur comportement;
   - de les diriger vers des services de counseling, de traitement et de soutien; et
   - d'appuyer le traitement et la gestion de cas en encourageant le respect des décisions et en donnant une motivation à suivre le traitement.
3. Le système de justice pénale joue un rôle important par rapport à la sécurité de la communauté. La société est le mieux servie lorsque le système de justice pénale reconnaît les délinquants sexuels, qu'il les tient responsables de leurs comportements et qu'il les dirige vers les services et les traitements qui répondent à leurs besoins. La sécurité de la communauté passe avant tout.
4. Il est dans l'intérêt des délinquants sexuels ayant un retard de développement d'être reconnus, d'être tenus responsables de leurs comportements et de recevoir l'évaluation, le traitement et le soutien nécessaires.

En général, le traitement des délinquants sexuels est un processus difficile qui exige le soutien d'un grand nombre de systèmes, dont le système légal. La majorité des personnes sans retard de développement qui suivent un traitement pour délinquants sexuels le suivent parce que le système de justice pénale les y oblige. Il est tout aussi important que le système de justice pénale donne le même soutien aux délinquants sexuels ayant un retard de développement.

Points de décision

Les décisions visant à déterminer le parcours qu'un délinquant doit suivre se font à différents points tout au long de ce procédé. Ces points de décision sont les mêmes dans 'ensemble du système de justice, et ne concernent pas uniquement les personnes ayant un retard de développement. Voici donc une présentation des points de décision à l'intérieur du système de justice pénale et une discussion de chaque décision à prendre par rapport aux délinquants sexuels ayant un retard de développement.

● Déclaration

Le premier point de décision consiste à décider si l'on déclarera ou non une personne ayant un retard de développement que l'on soupçonne d'avoir commis un délit sexuel, ou dont on sait qu'elle a commis un délit sexuel.

Déclaration obligatoire

Lorsqu'un incident de violence est déclaré, le système de justice pénale protège la société contre la survenance d'autres actes semblables et établit les conséquences que doit assumer l'auteur du délit. Selon les lois provinciales et territoriales* concernant la déclaration, toutes les personnes qui ont de bonnes raisons de croire qu'un enfant est, a été ou pourrait être victime d'abus sexuel, ont l'obligation de déclarer leurs soupçons à un organisme désigné par le ministre chargé des services de protection (p. ex. société d'aide à l'enfance). Dans la plupart des provinces ou territoires, ces déclarations sont reçues par les travailleurs sociaux d'une société d'aide à l'enfance ou d'un bureau de protection. Les personnes qui ne sont pas certaines de leurs responsabilités en matière de déclaration peuvent obtenir des précisions sans avoir à nommer qui que ce soit.

* Au Yukon, ce n'est pas une infraction criminelle de ne pas déclarer un incident; mais ceux qui déclarent un incident de bonne foi ont droit à l'immunité civile.

Point de décision n° 1

Déclarer ou ne pas déclarer

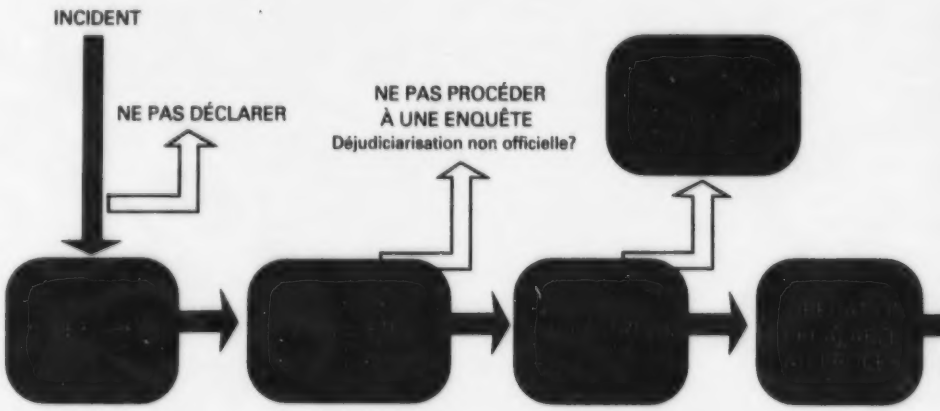
Dilemmes éthiques posés par la déclaration d'un incident :

Lorsqu'ils travaillent avec des personnes ayant un retard de développement, les fournisseurs de service doivent parfois faire un choix, qui comporte un élément de tension, entre la protection du droit à la confidentialité de leur client et la nécessité de déclarer toute violence infligée aux enfants dont ils ont soupçon. Les cliniciens craignent parfois que déclarer leur client nuira à l'alliance thérapeutique.

Si l'incident est déclaré aux autorités compétentes, le système de justice pénale interviendra pour tenir la personne responsable de ses gestes et pour la diriger vers l'intervention qui lui convient. D'autre part, l'absence de déclaration de l'incident peut nuire normément à l'évaluation et au traitement de la personne, ou empêcher ces interventions. Il est crucial de déclarer tous les types de délits sexuels.

Décision de ne pas déclarer un incident :

Certaines législatures répriment l'omission de déclarer un délit sexuel. Ces peines s'appliquent aussi bien au grand public qu'aux professionnels et aux autorités. Dans le cas des professionnels dont le travail est réglementé par un corps professionnel, ils peuvent se voir imposer une amende et des mesures disciplinaires s'ils ne déclarent pas les incidents d'abus.



Recommandation :

Tous les organismes qui s'occupent de personnes ayant un retard de développement devraient connaître à fond les règles à suivre et les démarches à faire pour déclarer les incidents d'abus conformément aux exigences de la loi. Leurs politiques et directives devraient tenir compte des exigences de la loi.

L'insertion d'un délinquant sexuel ayant un retard de développement dans le système de justice pénale peut l'encourager à suivre un traitement. D'autre part, si son comportement n'est pas déclaré, ses gestes n'ont pas de conséquence et son comportement violent peut s'intensifier.

● ENQUÊTE :

Les enquêtes policières suivent des procédures précises déterminées par les pratiques locales, provinciales ou territoriales. Lorsqu'un incident d'abus sexuel d'un enfant fait l'objet d'une enquête, l'enquête est souvent menée en collaboration avec le personnel responsable de la protection de l'enfance.

Le but de l'enquête policière est de recueillir de l'information sur la survenance d'un délit, les irconstances entourant ce délit et l'agresseur probable. La police est chargée d'obtenir le plus d'information possible au sujet de l'incident. Cela peut signifier d'obtenir de l'information de la victime, des témoins et de l'accusé. Si l'accusé est reconnu comme ayant un retard de développement, le procédé peut être enrichi par une consultation auprès des membres de la famille de l'accusé et des organismes de soutien ou des professionnels de la santé mentale qui s'occupent de lui.

Les agents de police ont une certaine latitude pour décider de passer d'une enquête exploratoire sur le terrain à une enquête plus approfondie. L'enquête policière peut, par exemple, déterminer qu'un incident sexuel serait le mieux décrit tout simplement comme un acte inacceptable dans le contexte social et qu'il n'y a pas lieu de passer à la prochaine étape.

Questions relatives à la justice pénale

Voici deux exemples. Le premier illustre le cas d'une personne ayant un retard de développement qui est accusée de délits sexuels multiples consistant à s'exposer à des enfants dans un parc à plusieurs reprises. Après un examen plus approfondi des circonstances entourant ce cas, on apprend que la routine de l'accusé prévoit qu'un employé de son foyer de groupe doit venir le chercher au parc vers la fin de la journée. L'accusé, incapable d'attendre d'être rentré chez lui, urinait dans le parc en attendant que la personne vienne le chercher. Plutôt que de mener une enquête plus intensive menant à l'arrestation de l'accusé, il aurait peut-être été préférable de le recommander à un organisme qui aurait évalué son comportement et formulé un plan d'intervention.

Il est toutefois important de souligner que les comportements sexuels des personnes ayant un retard de développement ne sont pas toujours aussi bénins.

Le second exemple illustre un cas où la police n'a pas enquêté sur un délit plus grave commis par une personne ayant un retard de développement. Cette dernière a été déclarée à la police après avoir sérieusement agressé un membre de sa famille à plusieurs reprises. Lorsque l'enquêteur a appris que le suspect avait un retard de développement, il a mis fin à l'enquête. Par conséquent, l'accusé au comportement violent n'a pas été tenu légalement responsable du délit et aucune conséquence n'a été rattachée à ses gestes.

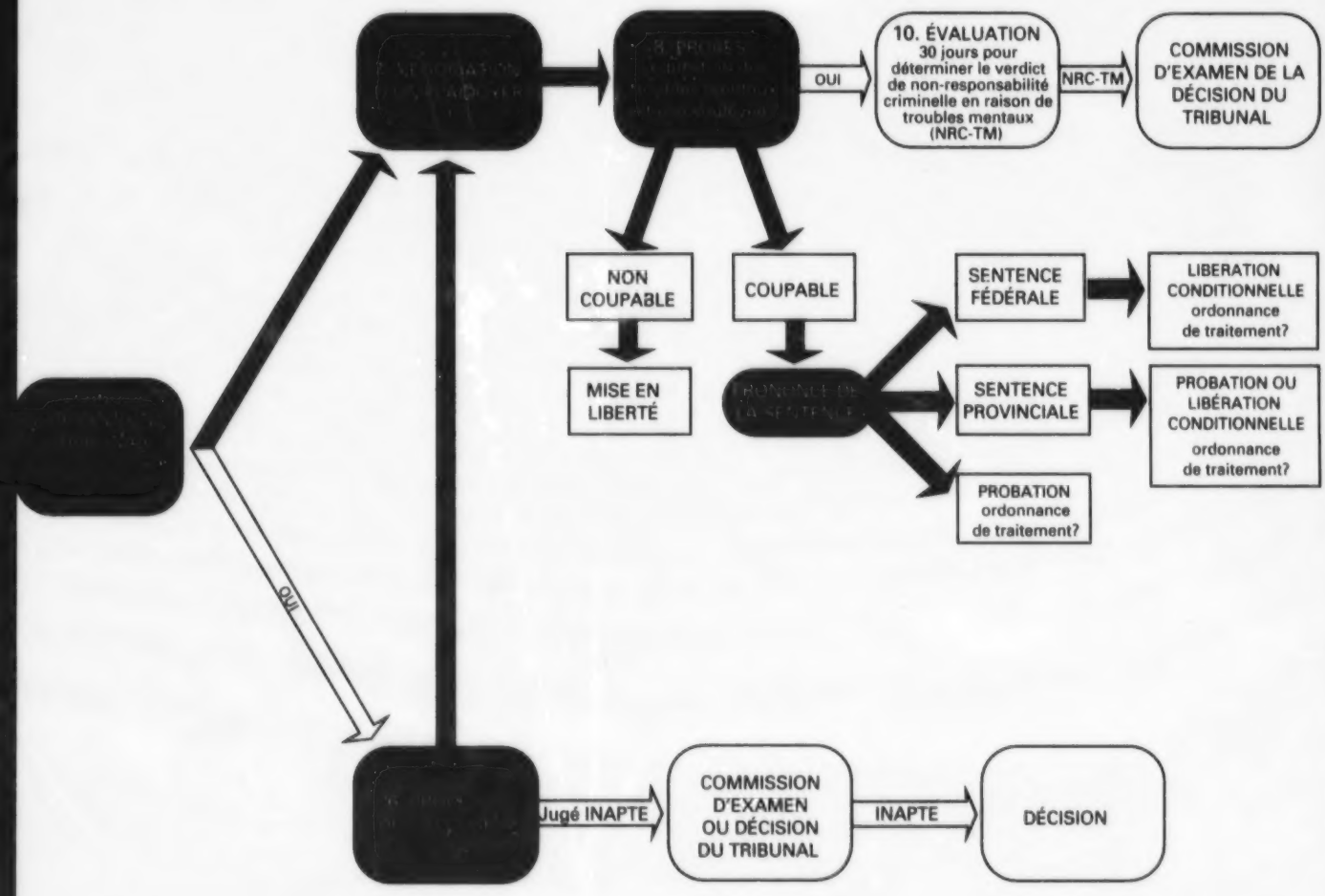


Diagramme des points de décision dans le système de justice pénale

Remarque : Ce diagramme s'applique au système de justice pénale de l'Ontario et pourrait être différent dans d'autres provinces.

Ces exemples montrent que les autorités policières ont besoin de comprendre les personnes ayant un retard de développement. Les conséquences et les interventions ont beaucoup d'importance pour les personnes qui ont un comportement violent. Un agent des autorités policières pourrait être parmi les premiers à devoir prendre une décision capable d'aider les personnes ayant un retard de développement à obtenir l'évaluation et l'intervention qu'il leur faut.

POINT DE DECISION N°2

Enquêter ou ne pas enquêter

Décision de mener une enquête :

Les autorités policières ont, dans une certaine mesure, le pouvoir de décider si oui ou non il y a lieu de procéder à une enquête. Le retard de développement d'un suspect ne devrait pas affecter cette décision directement. La décision d'enquêter sur un délit sexuel commis par une personne ayant un retard de développement fait entrer le suspect dans le système de justice pénale, à l'intérieur duquel il sera tenu responsable de ses gestes. Toute enquête complète devrait examiner les circonstances entourant l'incident.

Décision de ne pas procéder à une enquête :

Si la décision est prise de ne pas procéder à une enquête du seul fait que le suspect a un retard de développement, celui-ci n'est pas tenu responsable de ses gestes. De plus, il n'est pas reconnu comme étant un délinquant sexuel et pourrait ne pas obtenir les services d'évaluation et de traitement dont il a besoin. Par conséquent, la sécurité de la communauté risque d'être compromise.

Recommandation :

Le personnel des forces policières devrait recevoir une formation spéciale pour apprendre :

- à reconnaître les signes d'un retard de développement;
- des stratégies de communication efficaces pour interagir avec les personnes ayant un retard de développement;
- à dissiper les idées fausses concernant les personnes ayant un retard de développement; et
- à recourir à des ressources communautaires et au soutien de la famille des personnes ayant un retard de développement pour faciliter les enquêtes.

Recommandation :

Il serait bon de créer une carte de portefeuille pour les agents de police indiquant les points importants à retenir pour savoir si une personne a un retard de développement, des stratégies pour communiquer efficacement avec elles et le numéro de téléphone d'un organisme qui pourrait les aider à interagir avec des personnes ayant un retard de développement.

Recommandation :

Les enquêteurs devraient avoir accès à de l'information d'autres sources, avec le consentement de ces sources, sur le niveau de fonctionnement de la personne et sur d'autres points pertinents.

AUTRES QUESTIONS :

Déclarations inculpatoires

Les tribunaux reconnaissent depuis longtemps que les déclarations inculpatoires (telles que les aveux) faites par les personnes ayant un retard de développement peuvent être quelque peu moins douteuses. Ce groupe est plus influençable et prédisposé à donner des réponses biaisées[23], particulièrement lorsqu'il s'agit de questions appelant une réponse par oui ou par non. La recherche a démontré, par exemple, que les personnes ayant un retard de développement ont tendance à répondre à ces questions par oui même si la question n'a aucun sens.

Les déclarations inculpatoires doivent être faites volontairement. Le juge peut rendre non recevable une déclaration inculpatoire si celui-ci constate qu'il existe un doute raisonnable à l'effet qu'une telle déclaration n'a pas été émise librement ou volontairement ou qu'elle ne reflétait pas l'état conscient de l'accusé. Le juge détermine si l'accusé peut, de son plein gré, faire une déclaration qui représente sans équivoque son point de vue rationnel

de ce qui s'est passé et s'il comprend sa situation légale et les conséquences rattachées à une telle déclaration.[24]

En raison de ces décisions judiciaires, la police doit considérer les circonstances susceptibles de donner lieu à une fausse déclaration. Une déclaration inculpatoire peut devenir inadmissible dans la salle d'audience si l'on peut prouver qu'il existe des circonstances faisant qu'il est raisonnable de déduire que l'accusé n'a pas compris son droit prévu par le paragraphe 10 b) de la Charte canadienne des droits et libertés, c'est-à-dire son droit d'avoir recours sans délai à l'assistance d'un avocat et d'être informé de ce droit. Les personnes ayant un retard de développement ont parfois beaucoup de difficulté à comprendre leurs droits. Une étude américaine a démontré que les jeunes de moins de 14 ans et les personnes ayant un quotient intellectuel inférieur à 80 ont tendance à mal comprendre la signification de leurs droits.[25]

Au Canada, il est stipulé que le devoir des agents de police d'informer les détenus de leur droit d'être représentés par un avocat inclut également le devoir d'expliquer ce droit de manière à ce que les détenus comprennent ce qui est dit. Dans les cas où « l'accusé indique clairement qu'il ne comprend pas son droit d'avoir un avocat, les agents de police ne peuvent pas compter sur la récitation mécanique du droit de l'accusé : ils doivent adopter d'autres mesures pour lui faire comprendre de quoi il s'agit » (R. V. Evans).[26] La police a donc l'obligation non seulement d'informer un accusé ayant un retard de développement de ses droits, mais aussi de s'assurer que cet accusé comprend bien ses droits.

Recommandation :

Les agents de police devraient recevoir une formation spécialisée pour savoir comment informer les suspects ayant un retard de développement de leurs droits prévus par la Charte canadienne des droits et libertés et comment déterminer s'ils comprennent bien ces droits. Il faudrait élaborer un protocole à suivre dans les cas où les suspects ne comprennent pas leurs droits.

● ARRESTATION :

L'arrestation d'un délinquant sexuel a pour buts :

- d'assurer la protection de la communauté;
- de montrer que le comportement sexuel offensant est inacceptable; et
- de documenter le fait qu'un délit sexuel a eu lieu.

Les policiers ont un certain pouvoir discrétionnaire lorsqu'il s'agit d'accuser une personne d'un crime, mais ils doivent suivre un protocole établi. Par exemple, un policier peut choisir de ne pas accuser une personne si cette accusation n'améliorera pas le sort de la victime ou de l'accusé.

POINT DE DECISION N°3

Proceder ou ne pas proceder a une arrestation

Décision de procéder à une arrestation :

S'il y a suffisamment de preuves que le suspect a commis un délit sexuel, la décision de faire une arrestation oblige le suspect à légalement rendre compte de ses gestes et à en assumer la responsabilité. Il est parfois très important que les personnes ayant un retard de développement réalisent pleinement les conséquences de leurs gestes, ce qui n'est pas toujours leur cas. De plus, le fait de documenter une accusation de délit sexuel est, dans certains cas, crucial pour que la personne obtienne l'évaluation, le traitement et le soutien spécifiquement conçus pour les délinquants sexuels dont elle a besoin. Enfin, l'arrestation peut mettre en lumière le fait que le délinquant, sa famille et les organismes de soutien nient ou minimisent le délit.

Décision de ne pas procéder à une arrestation :

On peut aussi décider de ne pas arrêter une personne ayant un retard de développement, même s'il y a suffisamment de preuves qu'elle a commis un délit. Cette décision ne permet cependant pas aux délinquants d'assumer la responsabilité de leurs gestes et peut même renforcer leur perception que leur retard de développement excuse leur délit et que, de ce fait, leurs gestes n'ont aucune conséquence.

Recommandation :

Le but de l'arrestation, la gravité des gestes du délinquant et l'impact du délit sur la victime et

la société ne sont pas différents lorsque le délinquant a un retard de développement. Par conséquent, si la preuve est suffisante pour impliquer le suspect dans le délit, nous recommandons d'arrêter le suspect, même s'il a un retard de développement.

● PROGRAMMES DE DÉJUDICIARISATION

Les programmes de déjudiciarisation sont essentiellement des procédures de rechange préalables au procès auxquelles l'avocat de la poursuite peut avoir recours pour diriger un accusé vers des professionnels, des services ou un hôpital de santé mentale afin qu'il reçoive un traitement plutôt que d'intenter des poursuites contre lui. Le plus souvent, les procédures criminelles intentées contre le suspect sont suspendues. Les ententes de déjudiciarisation exigent qu'il y ait une bonne ommunication et une bonne coopération entre l'avocat de la poursuite et l'avocat de la défense et que des services de soutien et des choix de traitement adéquats soient en place dans la communauté.

La déjudiciarisation doit respecter les critères suivants :

- les procureurs du ministère public doivent être persuadés qu'il y a des possibilités raisonnables de déclaration de culpabilité;
- cette mesure ne doit pas compromettre la sécurité publique;
- il faut faire preuve de discrétion si l'accusé a un casier judiciaire ou s'il a déjà bénéficié de la déjudiciarisation; et
- la déjudiciarisation ne s'applique pas dans les cas de délits mettant en cause l'utilisation d'une arme ou de la violence (les délits des classes 1 et 2 peuvent faire l'objet d'une déjudiciarisation, mais pas les délits de classe 3)

  Classe 1 (vol de moins de 1 000 $, balade dans une voiture volée)
  Classe 2 (menaces, introduction par infraction, vol, usage de faux)
  Classe 3 (agression sexuelle, meurtre, vol qualifié).[27]

Le *Manuel des politiques de la Couronne*[27] indique qu'un programme de déjudiciarisation constitue une mesure appropriée pour les contrevenants atteints de troubles mentaux qui se retrouvent en conflit avec le système de justice pénale surtout à cause de leurs troubles mentaux.

POINT DE DÉCISION N°4

Proceder ou ne pas proceder a la dejudiciarisation

Décision de procéder à la déjudiciarisation :

Un programme de déjudiciarisation peut véhiculer l'opinion du tribunal tout en évitant les poursuites judiciaires et l'emprisonnement. De plus, il peut mettre un délinquant sexuel ayant un retard de développement en contact avec des services de réadaptation. Il semble toutefois n'y avoir que très peu de programmes de déjudiciarisation pour les personnes ayant un retard de développement. C'est malheureux, parce que ces personnes ne sont pas bien servies par l'emprisonnement : elles sont souvent maltraitées, et leurs besoins de réadaptation ne sont souvent pas comblés.

Décision de ne pas procéder à la déjudiciarisation :

Les personnes ayant un retard de développement qui commettent un crime sexuel violent, qu'elles ne sont pas admissibles à un programme de déjudiciarisation pas plus que les personnes n'ayant pas de retard de développement.

Recommandation :

Les communautés devraient travailler en étroite ollaboration avec le système judiciaire pour faire en sorte que les personnes ayant un retard de développement aient accès à des programmes de déjudiciarisation.

Recommandation :

L'exigence minimum qu'un délinquant sexuel ayant un retard de développement doit remplir pour passer

du système de justice pénale à un programme de déjudiciarisation devrait être qu'il avoue sa culpabilité et qu'il accepte de suivre un traitement conçu pour les délinquants sexuels.

La participation à un programme de déjudiciarisation devrait être suivie de près, et tout manquement à l'observation du traitement devrait donner lieu à des poursuites judiciaires.

Recommandation :

Il conviendrait d'établir un protocole à suivre pour évaluer l'admissibilité des délinquants sexuels ayant un retard de développement à des programmes de déjudiciarisation.

● MISE EN LIBERTÉ PROVISOIRE PAR VOIE JUDICIAIRE (LIBÉRATION PRÉALABLE AU PROCÈS) :

Les accusés qui ne mettent pas le public en danger et qui sont capables de garantir qu'ils seront présents au procès ne sont habituellement pas détenus. Dans la plupart des cas, les accusés comparaissent devant un juge de paix pour une audience de mise en liberté provisoire par voie judiciaire.

POINT DE DÉCISION N°5

Mettre ou ne pas mettre un accuse en liberte provisoire

Décision de procéder à la mise en liberté provisoire :

Le *Code criminel* énonce les critères qui régissent la libération préalable au procès. Si la personne ayant un retard de développement ne présente pas de danger pour la communauté et s'il est certain qu'elle sera présente à son procès, il semble raisonnable de la mettre en liberté provisoire avant le procès.

Décision de ne pas procéder à la mise en liberté provisoire :

Si le suspect ayant un retard de développement met la communauté en danger, ou s'il ne peut pas garantir qu'il sera présent au procès, il ne doit pas être mis en liberté provisoire.

● APTITUDE À SUBIR LE PROCÈS :

Le concept de l'aptitude à subir un procès plonge ses racines dans la crainte qu'un accusé ayant une maladie ou une incapacité mentale soit mentalement incapable de participer à son procès et que les décisions de culpabilité soient injustes. L'accusé doit savoir en quoi consistent les procédures et doit être capable d'y participer. Les paragraphes 672.22 à 672.33 du *Code criminel du Canada* codifient les lois portant sur l'aptitude à subir un procès et stipulent que «l'accusé est présumé apte à subir son procès sauf si le tribunal, compte tenu de la prépondérance des probabilités, est convaincu de son inaptitude.»

L'article 2 définit l'inaptitude à subir son procès comme «l'incapacité de l'accusé, en raison de troubles mentaux, d'assumer sa défense ou de donner des instructions à un avocat à cet effet, à toute étape des procédures, avant que le verdict ne soit rendu, et plus particulièrement l'incapacité de:

a) comprendre la nature et l'objet des poursuites;

b) comprendre les conséquences éventuelles des poursuites;

c) communiquer avec son avocat.»

À l'heure actuelle, on peut obliger les personnes soupçonnées d'être inaptes à subir un procès à se soumettre à une évaluation visant à déterminer leur aptitude. Le *Code criminel* ne donne pas de directives spécifiques à suivre pour procéder à une évaluation de l'aptitude. L'accusé doit seulement avoir une connaissance minimale du processus judiciaire. Il n'est pas tenu de faire preuve de sa capacité d'agir dans son propre intérêt.

Au Canada, l'évaluation visant à déterminer l'aptitude de l'accusé à subir un procès doit être faite par un médecin.

Beaucoup de personnes ayant un retard de développement sont aptes à subir un procès, en ce sens qu'elles ont la connaissance minimale requise du processus judiciaire ou qu'elles sont capables de charger un avocat de les représenter. Cependant, étant donné l'étendue des capacités cognitives de ces personnes, il se pourrait que certaines d'entre elles ne puissent pas répondre à ces exigences. On ne sait pas clairement si les accusés ayant un retard de développement qui ne répondent pas à ces exigences sont reconnus comme tels lors du procesus judiciaire et si leur aptitude à subir un procès est évaluée.

L'accusé est jugé apte :

Si l'accusé est jugé apte à subir un procès, il poursuit son chemin dans le système de justice pénale.

POINT DE DÉCISION N°6

Juge apte ou inapte à subir un proces

L'accusé est jugé inapte :

Si l'accusé est jugé inapte à subir un procès, le tribunal ou la commission d'examen rend à l'égard de l'accusé une décision en fonction des critères énoncés dans le *Code criminel*. Après avoir tenu compte de la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses, de l'état mental de l'accusé et de ses besoins, notamment de la nécessité de sa réinsertion sociale, le tribunal ou la commission d'examen rend, des deux décisions possibles suivantes, la décision qui est la moins sévère et la moins privative de liberté pour l'accusé. Le tribunal ou la commission d'examen ordonnera généralement une libération sous réserve de certaines modalités – par exemple la condition que l'accusé rende régulièrement visite à son médecin pour pouvoir vivre dans un établissement particulier ou dans une certaine collectivité. Si l'accusé représente un risque important pour la sécurité du public, la décision généralement rendue sera la détention de l'accusé dans un hôpital.

Si le tribunal détermine que l'accusé est inapte à subir son procès, il peut, plutôt que de rendre une décision à son égard, ordonner que celui-ci subisse un traitement. Le tribunal doit être persuadé que le traitement proposé rendra vraisemblablement l'accusé apte à subir son procès. À la fin de la période de traitement, qui ne doit pas excéder soixante jours, le tribunal déterminera de nouveau l'aptitude de l'accusé à subir son procès.

L'accusé qui a été déclaré inapte peut, si son état mental change, demander au tribunal de déterminer de nouveau son aptitude à subir son procès. De plus, le tribunal doit, tous les deux ans, tenir une audition en vue de déterminer s'il existe toujours suffisamment d'éléments de preuve pour ordonner que l'accusé subisse son procès. Si la Couronne ne parvient pas à convaincre le tribunal de l'existence de tels éléments de preuve, le tribunal ordonnera l'acquittement de l'accusé.

Un accusé qui a été jugé inapte à subir son procès doit être représenté par un avocat. Lorsque l'accusé n'a pas d'avocat, le tribunal lui en désignera un, afin que ses intérêts soient dûment protégés.

Recommandation :

L'exigence selon laquelle l'évaluation de l'aptitude à subir un procès doit être faite par un médecin devrait être remise en question. Idéalement, cette évaluation devrait être effectuée par un professionnel qualifié (psychologue, travailleur social, infirmière) qui travaille avec des clients ayant un retard de développement.

Recommandation :

Les fonctionnaires judiciaires, y compris les juges et les avocats, devraient recevoir une formation sur la désignation des personnes ayant un retard de développement. Cette mesure aiderait à faire en sorte que les personnes ayant un retard de développement soient désignées et que leurs besoins particuliers soient comblés.

Recommandation :

Beaucoup de personnes ayant un retard de développement se sentent angoissées et dépassées par le processus judiciaire. Ces émotions peuvent nuire à leur capacité de comprendre et de communiquer.

Lorsqu'un accusé ayant un retard de développement est jugé inapte à subir un procès, il suffit parfois qu'une personne qu'il connaît lui explique en termes simples et concrets les procédures du tribunal pour qu'il devienne apte à subir un procès.

● Négociation de plaidoyer

La Couronne et l'avocat de l'accusé peuvent, dans certaines circonstances et après un examen approfondi, procéder à une négociation de plaidoyer, aux termes de laquelle l'accusé plaidera coupable à une infraction de moindre gravité ou à une infraction incluse.[20]

Point de décision n°7

Négocier ou ne pas négocier de plaidoyer

Décision de négocier un plaidoyer :

Une négociation de plaidoyer réussie réduit la peine d'emprisonnement de l'accusé. Dans certains cas, un délinquant sexuel peut plaider coupable d'une agression non sexuelle ou d'une infraction moins grave contre des biens. Pour les personnes ayant un retard de développement qui ont commis un délit sexuel, ce genre de plaidoyer est parfois difficile à comprendre et porte à confusion. Un tel plaidoyer peut amener le délinquant sexuel, sa famille ou les organismes de soutien à nier ou minimiser la nature et la portée de son délit.

Décision de ne pas négocier de plaidoyer :

La décision de ne pas offrir ou de ne pas accepter de plaidoyer peut avoir pour résultat que l'accusé aura une peine plus longue que si un plaidoyer avait été négocié. Par contre, l'accusé sera reconnu comme étant un délinquant sexuel en raison du délit qu'il a commis et sera mis en rapport avec les services de réadaptation voulus.

● Procès :

Si l'accusé est jugé apte à subir un procès, le procès déterminera sa culpabilité ou son innocence. Lorsque l'accusé est jugé coupable, un rapport présentenciel est parfois demandé pour permettre au tribunal de voir s'il est possible de parvenir à une résolution non pénale. Le rapport présentenciel est préparé par un agent de probation et renferme de l'information sur les ressources à la disposition du délinquant au sein de la communauté et sur d'autres aspects. À ce stade, le tribunal peut ordonner une évaluation psychologique ou psychiatrique du délinquant.

Recommandation :

Comme nous l'avons déjà mentionné, le processus judiciaire, y compris le procès, peuvent jeter les accusés ayant un retard de développement dans un état de confusion. Il convient d'adopter avec eux une approche de soutien éclairé pour réduire leur anxiété et pour leur permettre de participer au procès autant que leurs capacités le permettent.

● Détermination de la peine :

Au moment de la détermination de la peine, les exigences du Code criminel ainsi que les facteurs aggravants et atténuants sont pris en considération.

Point de décision n°8

Détermination de la peine

Décision d'imposer une peine d'emprisonnement :

Une peine d'emprisonnement a sa raison d'être lorsque le délinquant ayant un retard de développement met la communauté en danger. Par contre, comme nous l'avons déjà indiqué, les délinquants ayant un retard de développement ne sont pas toujours bien servis lorsqu'ils sont incarcérés. Beaucoup de centres correctionnels

n'offrent pas de services de réadaptation qui leur conviennent. De plus, la recherche révèle que les personnes ayant un retard de développement dans les pénitenciers sont plus susceptibles d'être victimisées, exploitées et blessées par les autres détenus, et plus susceptibles d'être accusées d'infractions aux règlements et de purger des peines plus longues[21].

Lorsqu'un délinquant est condamné à l'incarcération, ses besoins sont évalués, y compris ses besoins de sécurité. Dans le système fédéral, les objectifs de l'évaluation sont les suivants :

- recueillir l'information pertinente sur le délinquant;
- déterminer ses besoins immédiats et y répondre;
- décrire et analyser son comportement; et
- déterminer ses besoins et les objectifs du traitement.

Certains centres correctionnels fédéraux répondent aux besoins des délinquants sexuels ayant un retard de développement. Par exemple, dans le programme North Star[28] du centre de santé régional (Pacifique) en Colombie-Britannique, on utilise toute une variété de méthodes d'évaluation et de traitement pour répondre aux besoins d'apprentissage des délinquants ayant un retard de développement.

Dans le système provincial de l'Ontario, les délinquants sexuels ayant un retard de développement peuvent être recommandés à l'unité d'évaluation et de traitement de Guelph (GATU) à la suite d'une classification initiale. La recommandation peut être motivée par des raisons diverses, notamment le type de délit (délit sexuel ou incendie criminel) et un fonctionnement cognitif limité. Lorsque les délinquants sont admis à cette unité, leurs besoins sont déterminés au moyen d'une évaluation qui prévoit des entrevues, l'observation du comportement, l'étude des évaluations précédentes et, lorsque c'est indiqué, des tests intellectuels, de personnalité et neuropsychologiques. Pendant leur séjour dans cette unité, les délinquants peuvent participer à un certain nombre de programmes de traitement spécialement adaptés à leurs capacités cognitives.

Décision de soumettre l'accusé à la surveillance communautaire :

Lorsque cette option est choisie, le délinquant est placé sous la surveillance d'un agent de probation ou de liberté conditionnelle. L'ordonnance de probation exige parfois que la personne reçoive divers services de traitement ou de soutien dans la communauté.

La surveillance communautaire se donne dans deux types de circonstances. Dans le premier cas, le délinquant est déclaré coupable mais reçoit une ordonnance de probation dans la communauté pour une période maximale de trois ans. Dans le second cas, le délinquant se voit imposer une ordonnance de probation après avoir purgé sa peine.

Recommandation :

Les agents de probation et les surveillants de liberté conditionnelle devraient recevoir une formation qui leur permettra :

- de reconnaître les signes de retard de développement;
- d'acquérir des stratégies de communication pour traiter avec des personnes ayant un retard de développement;
- de dissiper les idées fausses qui existent au sujet des personnes ayant un retard de développement; et
- de connaître les soutiens communautaires ou familiaux qui existent pour les personnes ayant un retard de développement et qui pourraient aider la surveillance communautaire.

Recommandation :

Les établissements correctionnels devraient considérer l'adoption de stratégies pour assurer la sécurité et la protection des personnes ayant un retard de développement.

Recommandation :

Lorsqu'un délinquant sexuel ayant un retard de développement est condamné à une peine d'emprisonnement, l'établissement correctionnel devrait avoir en place, dès son arrivée, les services de réadaptation voulus.

Recommandation :

Des mécanismes devraient être mis en place pour assurer la circulation de l'information pertinente parmi les agents de probation et les fournisseurs de traitements.

● NON-RESPONSABILITÉ CRIMINELLE POUR CAUSE DE TROUBLES MENTAUX :

Il est généralement accepté qu'une personne ne devrait pas être punie si elle n'est pas reconnue responsable de ses gestes. La *common law* stipulait à ses débuts qu'une personne mentalement malade ou ayant un retard de développement qui a commis un acte criminel devrait être reconnue non coupable en raison d'aliénation mentale.

Le concept de l'alinénation mentale a été remplacé par celui de la «non-responsabilité pour cause de troubles mentaux». Voici ce que dit l'article 16 du *Code criminel* à ce sujet :

«La responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais.»

Le *Code criminel* définit les «troubles mentaux» comme étant une maladie mentale (article 2). Il s'agit d'une définition floue, et l'étendue des troubles mentaux compris dans cette catégorie est, elle aussi, imprécise. Théoriquement, les retards de développement sont classés parmi les maladies mentales. Ils se caractérisent toutefois non pas par une maladie ou des troubles mentaux, mais par des limitations des capacités cognitives et d'apprentissage.

POINT DE DÉCISION N°9

Verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux

Décision en faveur :

Lorsqu'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé, le tribunal ou la commission d'examen rend la décision jugée indiquée, en fonction des critères énoncés à l'article 672.54 du *Code criminel*. Le tribunal ou la commission d'examen rend l'une des trois décisions suivantes : libération inconditionnelle, libération sous réserve de certaines modalités ou détention dans un hôpital. Le tribunal ou la commission d'examen rend la décision la moins sévère et la moins privative de liberté pour l'accusé, après avoir tenu compte de la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses, de l'état mental de l'accusé et de ses besoins, notamment de la nécessité de sa réinsertion sociale. Le tribunal ou la commission d'examen n'ordonnera généralement la détention de l'accusé dans un hôpital que si celui-ci représente un risque important pour la sécurité du public. La décision rendue, quand il ne s'agit pas d'une libération inconditionnelle, fait tous les ans (ou plus souvent dans certains cas) l'objet d'un examen.

On n'a jamais adopté d'instrument juridique permettant de fixer des limites précises.

Comme nous l'avons déjà dit, un retard de développement provient de limitations cognitives et d'apprentissage, et non pas d'une maladie mentale. Ce n'est pas une condition qui se traite. Normalement, un séjour à l'hôpital ne changera pas le niveau de fonctionnement de la personne. Bien que les personnes ayant un retard de développement acceptent de recevoir un traitement pour modifier une variété de comportements à problème et de troubles mentaux, le traitement ne changera pas leur retard de développement.

Décision contre :

Si un accusé est jugé coupable et responsable d'un crime, une peine lui sera imposée.

Conclusions

Ce guide met en relief les nombreuses questions que soulève la présence des délinquants sexuels ayant un retard de développement dans le système de justice pénale. Nous devons étudier ces questions plus à fond pour élucider les problèmes et pour trouver des moyens de mieux répondre aux besoins des personnes ayant un retard de développement et aux besoins de la société.

Il est très important que les personnes ayant un retard de développement soient reconnues dès leur entrée dans le système de justice pénale. Sinon, elles risquent d'être incomprises et de faire face à de nombreuses injustices à l'intérieur du système, et de se retrouver dans une situation où le système ne répond pas à leurs besoins de réadaptation.

Les avocats de la défense, les avocats de la poursuite, les juges, le personnel des tribunaux, les agents de probation et les surveillants de liberté conditionnelle, le personnel des forces policières et les décideurs du système de justice pénale devraient tous recevoir une formation sur les capacités et les incapacités des personnes ayant un retard de développement pour que celles-ci aient plus de chances d'être reconnues et traitées correctement à l'intérieur du système. Il faut aussi établir une collaboration suivie entre le système de justice pénale et les professionnels et les organismes qui travaillent avec les délinquants ayant un retard de développement pour que ces derniers aient accès aux services de réadaptation conçus pour eux.

De plus, il faudrait établir un organisme consultatif ayant qualité d'expert sur les problèmes et les besoins particuliers des personnes ayant un retard de développement. Cet organisme aurait pour fonctions de conseiller et d'informer les juges, les avocats de la poursuite, les avocats de la défense et les policiers.

Le projet de révision de la santé mentale et de la justice de l'Ontario suggère qu'un certain nombre de tribunaux, de juges, de juges de paix, d'avocats de la défense et d'avocats de la poursuite se spécialisent dans le cas des accusés ayant des maladies mentales. Nous appuyons cette initiative et suggérons de créer également une spécialisation portant spécifiquement sur les personnes ayant un retard de développement.

Grandes recommandations

L'un des points les plus importants à ressortir de toutes les discussions des comités est la nécessité de prévenir le plus tôt possible les comportements sexuels inacceptables et offensants des personnes ayant un retard de développement. À cette fin, nous recommandons de mettre sur pied des programmes d'éducation facilement accessibles aux personnes ayant un retard de développement de tous âges pour les aider à apprendre à exprimer leur sexualité sainement et de façon responsable. De plus, les fournisseurs de service, les parents, le personnel enseignant et d'autres intervenants ont besoin de ormation pour apprendre à reconnaître les premières manifestations des comportements sexuels inacceptables ou offensants des personnes ayant un retard de développement, et à intervenir.

Les délits sexuels commis par des personnes ayant un retard de développement sont un problème communautaire. La survenance d'un délit et l'enquête sur ces comportements ainsi que l'arrestation, et l'inculpation et le traitement de ces personnes relèvent du domaine de compétence de multiples organismes ayant chacun sa propre philosophie et son propre mandat. Le but ultime consiste à développer une philosophie et une approche communes pour résoudre ce problème. Il faut également coordonner les rôles des divers organismes pour en arriver à créer une gamme complète de services et de soins suivis pour les personnes ayant un retard de développement qui commettent des délits sexuels. Nous espérons que la publication de ce guide contribuera à y arriver.

Nous avons entamé ce travail avec une bonne dose d'enthousiasme, de détermination et peut-être de naïveté. Nous voulions examiner la situation des personnes ayant un retard de développement qui avaient commis des délits sexuels et leurs interactions avec le système de santé mentale et le système judiciaire. Plus nous avancions dans notre étude, et plus nous étions stupéfaits par l'ampleur de cette tâche. Plus nous y pensions, et plus notre projet prenait de l'ampleur. Au bout du compte, nous croyons que le guide que nous avons créé jette les bases d'une discussion sur les besoins des délinquants sexuels ayant un retard de développement. Les questions sont nombreuses et complexes, et peuvent varier d'une communauté à l'autre. Il va sans dire que le besoin de recherche sur cette question est énorme. En attendant, nous devons à nos clients de faire preuve de créativité et d'élaborer des plans d'action qui leur donnent des choix pour maintenir leur qualité de vie tout en assurant la sécurité de nos communautés.

Comité consultatif

Howard Barbaree
Institut psychiatrique Clarke

Frank Basile
Metropolitan Toronto Association for Community Living

Shirley Broekstra
Institut psychiatrique Clarke

Patricia Clemens
Police de la Communauté urbaine de Toronto

Caroline Hunter
Morphy Centre

Christine Kalkams
Toronto East Detention Centre

Karyn Kennedy
Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse

Mike McAuliffe
Catholic Children's Aid Society

Charles Menendez
Surrey Place Centre

Nitza Perlman
Surrey Place Centre

Dianne Scarcello
Community Occupational Therapy Associates (COTA)

Rochelle Spekkens
REENA Foundation

Judy Tudiver
J.D. Griffin Adolescent Centre

Marilyn Vasilkioti
Oolagen Community Services

Sous-comité des pratiques cliniques

Judy Tudiver (présidente)
J.D. Griffin Adolescent Centre

Shirley Broekstra
Institut psychiatrique Clarke

Deanne Dannell
J.D. Griffin Adolescent Centre

Sheena Josselyn
Institut psychiatrique Clarke

Charles Menendez
Surrey Place Centre

Dianne Scarcello
Community Occupational Therapy Associates (COTA)

Rochelle Spekkens
REENA Foundation

Marylin Vasilkioti
Oolagen Community Services

Nous tenons à remercier les personnes suivantes de leur participation :

Christine Kalkams
Toronto East Detention Centre

Angie Nethercott
York Behavioral Management Services

Sous-comité de la justice

Shirley Broekstra (présidente)
Institut psychiatrique Clarke

Frank Basile
Metropolitan Toronto Association for Community Living

Jeff Blayways
Avocat

Patricia Clements
Police de la Communauté urbaine de Toronto

Diane Farr
Centre correctionnel de Guelph

Barry Gang
Ministère du Procureur général

Julian Gojer
Institut psychiatrique Clarke

Alexander Greer
Institut psychiatrique Clarke

Rick Gwozdowski
Centre de santé mentale de la rue Queen

Caroline Hunter
Morphy Centre

Sheena Josselyn
Institut psychiatrique Clarke

Diane MacInnis
Police de la Communauté urbaine de Toronto

Richard Meen
Centre régional de Thistletown

Marnie Russel
Whitby Mental Health Centre

Judy Tudiver
J.D. Griffin Adolescent Centre

Marilyn Vasilkiotti
Oolagen Community Services

Nous remercions sincèrement la personne suivante de sa participation :

Timothy Danson
Danson, Recht and Freedman

Notes

1. SWANSON, C.K. et GARWICK, G.B. (1990). Treatment for low-functioning sex offenders: Group therapy and interagency coordination. Mental Retardation, 28,155-161.
2. LUCKASSON, R., COULTER, D.L., POLLAWAS, E.A., REISS, S., SCHALOCK, R.L., SNELL, M.E., SPITALNICK, D.M. et STARK, J.A. (1992). Mental Retardation: Definitions, Classification and System of Supports. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
3. SELLING, L.S. (1939). Types of behaviour manifested by feebleminded sex offenders. Proceedings from the American Action on Mental Deficiency, 14, 178-186.
4. DAY, K. (1993). Crime and mental retardation: A review. Dans K. Howell & C.R. Hollins (Eds.). Clinical Approaches to the Mentally Disordered Offender. Chichester: John Wiley.
5. COLEMAN, E.M. (1996). Conférencier d'honneur. Conférence intitulée «Addressing the Needs of the Developmentally Delayed Sex Offenders: Planning a Community Response». 6 mars 1996, Toronto, Ontario.
6. DEISCHER J. (1973). Adolescent sex offenders. Psychological Bulletin, 101, 417-427.
7. RYAN, G. (1991). Perpetration Prevention: Primary and Secondaty. Dans G. Ryan & S. Lane (Eds.). Juvenile Sexual Offending: Cause, Consequences and Correction (393-407). Lexington, MA: Lexington Books.
8. MURPHY, W. D., COLEMAN, E.M. et HAYNES, M.R. (1983). "Treatment and Evaluation Issues with the Mentally Retarded Sex Offender." Dans J.G. Greer & I.R. Stuart (Eds.). The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment (pp. 22-41). New York: Van Nostrand Reinhold.
9. GRIFFITHS, D., HINGSBURGER, D. et CHRISTIAN, R. (1985). Treating developmentally handicapped sexual offenders: The York Behaviour Management Services Treatment Program. Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews, 4, 49-53.
10. DAY, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. British Journal of Psychiatry, 165, 630-639.
11. BARBAREE, H.E. et MARSHALL, W.L. (1988). Deviant sexual arousal, offense history and demographic variables as predictors of reoffense among child molesters. Behavioural Sciences and the Law, 6, 267-280.
12. GILBY, R., WOLF, L. et GOLDBERG, B. (1989). Mentally retarded adolescent sex offenders. A survey and pilot study. Canadian Journal of Psychiatry, 34, 542-548.
13. VIZARD, E., MONK, E. et MISCH, P. (1995). Child Abuse and Adolescent Sex Abuse Perpetrators: A Review of the Research Literature. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36(5), 731-756.
14. BARBAREE, H.E., SETO, M.C. (1995). The Role of Alcohol in Sexual Aggression. Clinical Psychology Review, 15(6), 545-566.
15. MATHEWS, R., MATTHEWS, J.K. et SPELTZ, K. (1989). Female Sex Offenders. The Safer Society Press, Orwell, VT.
16. KIRCHNER, L., SALIGA, C.A. et LOSCHEN, E.L. (1995). Women's Issues in Persons with Dual Diagnosis. The NADD Newsletter, 12(3), 1-4.
17. Adaptation de l'ouvrage Best Practice Guidelines rédigé par le comité des services aux délinquants sexuels adultes de Toronto, 1995.
18. APPELBAUM, P.S. et GRISSO, T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. New England Journal of Medecine, 319, 1635-1638.
19. Buck v. Bell, 274 US 200, 207 (1927).
20. BROWN, B.S. et COURTLESS, T.S. (1971). The mentally retarded offender. Rockville MD: National Institute for Mental Health, Centre for Studies of Crime and Delinquency.

Notes

21. ELLIS, J.W. et LUCKASSON, R.A. (1985). Mentally Retarded Criminal Defendants. George Washington Law Review, 53, 414-493.

22. DENKOWSKI, G.C. et DENKOWSKI, R.M. (1985). The mentally retarded offender in the state prison system: Identification, prevalence, adjustment and rehabilitation. Criminal Justice & Behaviour, 12, 55-70.

23. GUDJONSSON, G. (1983). Suggestibility, intelligence, memory, recall and personality. An experimental study. British Journal of Psychiatry, 142, 35-37.

24. Ward V. Regina (1979) 44 C.C. C. (2d) 498.

25. GRISSO, T. (1986). Evaluating Competencies: Forensic Assessment and Instruments. New York: Plenum Press.

26. R.V. Evans, Martin's Criminal Code (1991), p. 305.

27. MINISTÈRE DU PROCUREUR GÉNÉRAL, *Manuel des politiques de la Couronne,* Toronto, Ontario, 1995.

28. BOER, D., DORWARD, J., GAUTHIER, C. et WATSON, D. (1995). Treating intellectually disabled sex offenders. Regional Health Centre (Pacific), Service correctionnel Canada.

Bibliographie

CAPARULO, F. (1987). A comprehensive evaluation of the intellectually disabled sex offender. Orange, CT: The Centre for Sexual Health and Education, Inc.

CAPARULO, F. (1991). Identifying the developmentally disabled sex offender: Sexuality and Disability, 9, 311-322.

CONLEY, R.W., LUCKASSON, R. et Bouthilet, G.N. (1992). The criminal justice system and mental retardation: Defendants and victims. Baltimore, MD, Paul H. Brookes Publishing.

CRAFT, A. et CRAFT, M. (1981). Sexuality and mental handicap: À review. British Journal of Psychiatry, 139, 494-505.

DAY, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. British Journal of Psychiatry, 165, 630-639.

DEMETRAL, G.D. (1993). Assessing counterfeit deviance in persons with developmental disabilities. An ecological assessment inventory. The Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 12, 1-7.

DENKOWSKI, G.C. et DENKOWSKI, K.M. (1985). The mentally retarded offender in the state prison system: Identification, prevalence, adjustment, and rehabilitation. Criminal Justice and Behaviour, 12, 55-70.

GILBY, R., WOLF, L. et GOLDBERG, B. (1989). Mentally retarded adolescent sex offenders. A survey and pilot study. Canadian Journal of Psychiatry, 34, 542-548.

GRIFFITHS, D., HINGSBURGER, D. et CHRISTIAN, R. (1985). Treating developmentally handicapped sexual offenders: The York Behaviour Management Services Treatment Program. Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews, 4, 49-53.

HINGSBURGER, D., GRIFFITHS, D. et QUINSEY, V. (1991). Detecting counterfeit deviance. Differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness. The Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 10, 51-54.

McAFEE, J.K. et GURAL, M. (1988). Individuals with mental retardation and the criminal justice system: The view form States' attorneys general. Mental Retardation, 26, 5-12.

MURPHY, W.E., COLEMAN, M.A. et HAYNES, M.R. (1983). "Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender." Dans J.G. Greer et I.R. Studart (Eds.). The Sexual Aggressor. NY: Van Nostrand Reinhold, Co., Inc.

MYERS, B.A. (1991). Treatment of sexual offenses by persons with developmental disabilities. American Journal of Mental Retardation, 95, 563-569.

RYAN, G. (1991). «Perpetration Prevention: Primary and Secondary» dans Ryan, G. et Lane, S. (Eds.). Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences and Correction. Lexington, MA: Lexington Books, 393-407.

SCHILLING, R.R. et SCHINKE, S.P. (1989). Mentally retarded sex offenders: Fact, fiction and treatment. Journal of Social Work and Human Sexuality, 7, 33-49.

SCHOEN, J. et HOOVER, J.H. (1990). Mentally retarded sex offenders. Journal of Offender Rehabilitation, 16, 81-91.

SWANSON, C.K. et GARWICK, G.B. (1990). Treatment for low-functioning sex offenders: Group therapy and interagency coordination. Mental Retardation, 28, 155-161.

TUDIVER, J.G. (1992). Treating developmentally disabled adolescents who have committed sexual abuse. SIECCAN Newsletter, 27, 5-10.